

Arbeit unter Leitung von Prof. Dr. med. et phil. A. Uchtenhagen
und Dr. med. Dagmar Zimmer-Höfler

Das Tageszentrum des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

**Konzept und Analyse der ersten 460 Benutzer
(1976 – 1985)**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von

ERWIN LICHTENEGGER
von Feuerthalen ZH

Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. med. et phil. A. Uchtenhagen

Zürich 1987



Juris Druck + Verlag Zürich
1987



Arbeit unter Leitung von Prof. Dr. med. et phil. A. Uchtenhagen
und Dr. med. Dagmar Zimmer-Höfler

Das Tageszentrum des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

**Konzept und Analyse der ersten 460 Benutzer
(1976 – 1985)**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von

ERWIN LICHTENEGGER
von Feuerthalen ZH

Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. med. et phil. A. Uchtenhagen

Zürich 1987



Juris Druck + Verlag Zürich
1987

Die gegenwärtige Situation der Psychiatrie in der Schweiz
Lektion, Prof. Dr. med. et phil. A. Lehmann

Arbeit unter Leitung von Prof. Dr. med. et phil. A. Lehmann
Prof. Dr. med. Dignitz, Bern

Die Gegenwart der Sozialpsychiatrischen Kliniken der Psychiatrien Universitätsklinik Zürich

Konzept und Analyse der ersten 100 Betten
(1978 - 1982)

HERMANN J. J. J. J.
zur Gründung der Universität
der Universität Zürich

HERMANN J. J. J. J.
von Zürich

Genehmigung zur Arbeit von Prof. Dr. med. et phil. A. Lehmann

Zürich 1982

ISBN 3 260 05184 8



Verlag Druck - Verlag Zürich
1982

INHALTSVERZEICHNIS

1. DIE TAGESBEHANDLUNG	.1
1.1 Zur Situation der Tagesbehandlung	.1
1.2 Vergleich der Tages- mit der stationären Behandlung	.1
1.2.1 Bedeutung der beiden Behandlungsformen für den Patienten	.2
1.2.2 Bedeutung für den Mitarbeiter	.3
1.2.3 Finanzieller Vergleich von Tagesbehandlung und stationärer Behandlung	.4
1.3 Indikationen und Kontraindikationen der Tagesbehandlung	.5
1.4 Zum Unterschied zwischen Tagesklinik und Tageszentrum	.6
2. DAS ZUERCHER TAGESZENTRUM	.7
2.1 Rahmenbedingungen des Zürcher TZ	.7
2.2 Das Konzept des Zürcher TZ	.8
2.2.1 Grundorientierung und therapeutische Ziele	.8
2.2.2 Therapeutischer Umgang	.9
2.2.3 Das Vertragsgespräch	11
2.3 Arbeitsweise des Teams, dargestellt anhand des Tagesablaufes	11
2.3.1 Der Morgenkaffee	11
2.3.2 Die Ergotherapie	12
2.3.3 Das Malen	13
2.3.4 Die Ausflüge	14
2.3.5 Das Gruppengespräch	14
2.3.6 Das Mittagessen	15
2.3.7 Die übrige Zeit	16
3. DIE TAGESZENTRUM-BENUTZER	17
3.1 Die Datenerhebung	17
3.2 Anzahl der Aufnahmen ins TZ von 1976-1985	18
3.3 Anamnestic Angaben	18
3.3.1 Alter der TZ-Benutzer	18
3.3.2 Zivilstand	19
3.3.3 Bisherige Hospitalisationen	19

3.4 Die Zuweisung	19
3.4.1 Zuweisende Instanz	19
3.4.2 Wiederaufnahmen	20
3.5 Therapeutische Betreuung	20
3.5.1 Therapeutische Betreuung bei Ein- und Austritt	20
3.5.2 Veränderung der Intensität der therapeutischen Betreuung	21
3.6 Wohnsituation	21
3.6.1 Räumliche Wohnsituation bei Ein- und Austritt	21
3.6.2 Personelle Wohnsituation bei Ein- und Austritt	21
3.6.3 Veränderung der Wohnsituation zwischen Ein- und Austritt	22
3.7 Die Tagesstruktur	22
3.7.1 Tagesstruktur vor Ein- und nach Austritt	22
3.7.2 Vergleich der Tagesstruktur von vor Eintritt und nach Austritt	23
3.8 Finanzielle Situation	23
3.9 Diagnose	24
3.10 Berufsbezeichnung	24
3.11 Verweildauer	24
3.12 Regelmässigkeit des TZ-Besuches	25
3.13 Pünktlichkeit	25
3.14 Angaben über psychische Funktionen und Motivation	25
3.14.1 Vergleich der Auffälligkeit der psychischen Funktionen bei Ein- und Austritt	26
3.14.2 Zustand bei Entlassung.	26
3.14.3 Motivation	26
3.14.4 Veränderungen der Motivation für das TZ während des TZ-Aufenthaltes	27
3.15 Kontakt im TZ	27
3.16 Freizeitgestaltung	28
3.17 Beteiligung an den Aktivitäten im TZ	28
3.18 Vertragsgespräch	28
3.19 Bemühungen der TZ-Benutzer um berufliche Wiedereingliederung	29

3.20 Bemühungen zur Verbesserung der Wohnsituation	29
3.21 Mitarbeiterbelastung durch TZ-Benutzer	29
3.22 Co-Therapeutenfunktion der TZ-Benutzer	30
4. DIE ZUWEISERANLIEGEN	31
4.1 Daten	31
4.1.1 Häufigkeit der Zuweiseranliegen	31
4.1.2 Die Verteilung der Zuweiseranliegen nach Jahren	32
4.1.3 Entwicklung der Häufigkeit der verschieden Zuweiseranliegen	32
4.1.4 Die Erfüllung der einzelnen Zuweiseranliegen	35
4.1.5 Erfüllung des Zuweiseranliegens bei den Diagnosegruppen	36
4.1.6 Erfüllung des Zuweiseranliegens nach Jahren	36
4.1.7 Gründe für das nicht bzw. nur teilweise Erfüllen des Zuweiseranliegens	37
4.2 Anschluss an einen Klinikaufenthalt	37
4.2.1 Daten	37
4.2.2 Probleme nach der Klinikentlassung	38
4.2.3 Was kann das TZ dem Spitalentlassenen bieten?	39
4.2.4 Alternativen zum TZ für den Klinikentlassenen	40
4.3 Krisenüberbrückung	40
4.3.1 Daten	40
4.3.2 Der Mensch in der Krise	41
4.3.3 Die Funktion des TZ bei der Krisenüberbrückung	41
4.3.4 Alternative Angebote zur Krisenüberbrückung	42
4.4 Berufliche Wiedereingliederung	43
4.4.1 Daten	43
4.4.2 Berufliche Wiedereingliederung	44
4.4.3 Stellenwert des TZ bei der beruflichen Wiedereingliederung	44
4.4.4 Alternative Angebote zur beruflichen Wiedereingliederung	45
4.5 Kontaktmöglichkeit	46
4.5.1 Daten	46

4.5.2 Der isolierte Mensch	47
4.5.3 Stellenwert des TZ für den isolierten Menschen	47
4.5.4 Alternative Angebote zur Kontaktaufnahme	48
4.6 Nachtklinikpatienten	49
4.6.1 Daten	49
4.6.2 Der Nachtklinikpatient	49
4.7 Ersatzstruktur während Warte- oder Ferienzeit	50
4.7.1 Daten	50
4.7.2 Ferien und Wartezeit für den psychisch Behinderten	50
5. DREI FALLBEISPIELE	52
6. ALTERNATIVEN ZUM TZ	59
6.1 Die Tagesklinik des Sozialpsychiatrischen Dienstes	59
6.2 Der Berufsförderungskurs (BFK) des Sozialpsychiatrischen Dienstes	59
6.3 Das Winterthurer Tageszentrum	60
6.4 Die Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums Wetzikon	60
6.5 Die ambulanten Ergotherapien	61
6.6 Die geschützten Werkstätten	62
6.7 Das Kriseninterventionszentrum des Bezirksärzteverbandes des Zürich	63
7. DISKUSSION	64
8. ZUSAMMENFASSUNG	71
LITERATURVERZEICHNIS	73
ANHANG: Der TZ-Fragenraster	

1. DIE TAGESBEHANDLUNG

1.1 Zur Situation der Tagesbehandlung

Die Tagesbehandlung in der Psychiatrie ist seit mehr als 30 Jahren im Gespräch. Obwohl schon vor dem zweiten Weltkrieg von einer sowjetischen Tagesklinik berichtet wurde und es zahlreiche formlose Vorläufer gab, in denen Patienten auf Tagesbasis behandelt wurden (Finzen, 1978), vollzog sich der eigentliche Durchbruch dieser Idee erst mit den englischen und amerikanischen Tageskliniken in den 50er Jahren. 1959 wurde in England ein Gesetz erlassen (Mental Health Act), dessen Ziel es vor allem war, psychiatrische Grosskrankenhäuser aufzulösen und dafür in den Krankenhäusern der Gemeinden psychiatrische Abteilungen aufzubauen und diese mit Tageskliniken, Tageszentren und Ambulatorien zu ergänzen.

Nach Edwards (1979) gab es Ende der 70er Jahre in England und Wales etwa 320 Tageskliniken und 80 Tageszentren verschiedenster Art und Grösse, die zusammen etwa 15'000 Plätze aufwiesen und vom nationalen Gesundheitsdienst oder lokalen Sozialdiensten getragen wurden.

In Deutschland und der Schweiz hat die Tagesbehandlung noch immer eher Modellcharakter. 1982 soll es nach Bosch (1983) 60 deutsche Tageskliniken mit 1200 Plätzen und unterschiedlichen Zielsetzungen gegeben haben. Obwohl die Tagesklinikplätze nur 1 % der Bettenzahl aller deutschen psychiatrischen Kliniken ausmachten, waren sie auffallend schlecht ausgelastet. Als Gründe führt Bosch u.a. die Angst vieler Kliniken vor einem Bettenabbau und die Unkenntnis vieler privater Aerzte über die Möglichkeit einer Tagesklinikbehandlung an. Engagierte Therapeuten der psychiatrischen Krankenhäuser geben ihre Patienten gerade dann ungern ab, wenn nach dem Abklingen akuter Zustände erste Erfolge sichtbar werden und die Tagesbehandlung in Frage käme. Die meisten Tageskliniken sind aber auf die Uebernahme stationärer Patienten angewiesen, um genügend ausgelastet zu sein. Im Londoner Camberwell District wurde dieses Problem dadurch gelöst, dass alle

Akutaufnahmen zuerst in die Tagesklinik kommen, von wo aus sie bei Bedarf einer kurzfristigen stationären Behandlung zugeleitet werden können.

1.2 Vergleich der Tagesbehandlung mit der stationärer Behandlung

1.2.1 Bedeutung der beiden Behandlungsformen für den Patienten

Unsere Gesellschaft ist gekennzeichnet durch die Aufteilung des Alltages in Arbeits-, Erholungs- und Schlafbereich mit jeweils anderen Partnern und unter der Zuständigkeit anderer Institutionen. Für den hospitalisierten Psychiatriepatienten finden alle Angelegenheiten seines Lebens an ein und derselben Stelle und unter ein und derselben Autorität statt. Goffman (1972) spricht von totalen Institutionen, zu denen er neben Gefängnissen, Klöstern und anderen auch die psychiatrischen Kliniken zählt. Sie werden oft durch die Einschränkung des sozialen Kontaktes mit der Aussenwelt charakterisiert, was meistens schon durch Lage und Bauweise vorgegeben ist.

Hospitalisierte Psychiatriepatienten müssen auf viele Alltagsgewohnheiten und Bedürfnisse, z.B. nach Privatsphäre, Zärtlichkeit oder Sexualität, verzichten. Durch die längere Absonderung von der gewohnten sozialen Umwelt kann ein momentaner Krankheitszustand zur dauernden Patientenrolle verfestigt werden. Mit der Zeit gehen immer mehr Fähigkeiten des Alltagslebens verloren und es entwickelt sich der sogenannte Hospitalismus. (Vergl. auch 4.2.2 Probleme nach der Klinikentlassung.) Wo eine stationäre Aufnahme erforderlich wird, sollte diese in verkleinerte gemeindenähe psychiatrische Abteilungen erfolgen, mit dem Ziel, den Patienten baldmöglichst in offenen teilstationären Einrichtungen weiter zu behandeln (Dörner 1979).

Die Tagesbehandlung entspricht den Forderungen einer zeitgemässen Psychiatrie. Sie ist nach Finzen (1978) offen, bezieht die Umwelt des Kranken in den Behandlungsplan ein, ist auf Erhaltung sozialer Bindungen und auf Wiedereingliederung ausgerichtet. Sie ermöglicht die Auseinandersetzung mit den Konflikten und Problemen dort, wo sie sich abspielen. Dies bedeutet aber auch

eine Mehrbelastung von Familie und Gesellschaft, die sich mit den psychisch Kranken auseinandersetzen müssen.

Für den Tagespatienten ist es möglich, einerseits Hilfe als kranker Mensch zu erhalten, andererseits seine Rolle als Gesellschafts- und Familienmitglied weiterhin aufrecht zu erhalten.

Der Öffentlichkeit kann so ein neues, realistischeres Bild von psychisch kranken Menschen vermittelt werden. In vielen teilstationären Einrichtungen sind aus den "Patienten" "Benutzer" von Institutionen geworden, die untereinander das Verhältnis von Gruppenmitgliedern haben.

Dick et al. (1985) fanden bei einer gemischten Gruppe von 83 Tagespatienten und stationären Patienten, dass vier Fünftel der Tagespatienten, aber nur zwei Fünftel der stationären Patienten mit ihrer Behandlung zufrieden waren.

Dennoch ist es eine Tatsache, dass der Anteil der Tagesbehandlung an der psychiatrischen Versorgung der Schweiz relativ gering ist. Viele Patienten sind nach wie vor auf eine kürzere oder längere Hospitalisation auf einer stationären psychiatrischen Abteilung angewiesen, wie viele Aufnahmeabteilungen der schweizerischen psychiatrischen Kliniken zeigen, die immer wieder bis zum letzten Bett gefüllt sind. Die Hintergründe dieser Situation sind vielfältig und ihre Analyse ist nicht Gegenstand dieser Arbeit.

1.2.2 Bedeutung der beiden Behandlungsformen für den Mitarbeiter

Arbeitszeiten ohne Nacht- und Wochenenddienste, zwanglose Arbeitsatmosphäre und das Ablegen der weissen Schürzen und Kittel lassen die Arbeit in teilstationären Einrichtungen attraktiv erscheinen. Bennett (1969) weist aber auf die wechselhaften und unstabilen Arbeitsbedingungen der Tagesbehandlung hin. Entscheidungen müssen ständig neu getroffen und überprüft werden und können nicht bis zur nächsten Arztvisite aufgeschoben werden. Dies erfordert Teamarbeit statt Hierarchie, was vor allem die Anforderungen an die Entscheidungsfähigkeit und Verantwortlichkeit des Pflegepersonals erhöht.

Die geringe Anzahl Patienten und die Konstanz der Betreuer lassen vermehrt persönliche Beziehungen zwischen Patient und Mitarbeiter zu, die als Basis für die Behandlung dienen können. In der informellen Atmosphäre des gemeinsamen Mittagessens im Zürcher TZ stellen Patienten durchaus auch Fragen nach dem Privatleben des Betreuers. Wer in einer teilstationären Einrichtung arbeitet, kann sich nicht nur auf seine Therapeutenrolle beschränken, sondern muss lernen, sich mit dem Patienten auf verschiedenen Ebenen auseinander zu setzen (Finzen, 1978).

Die Patienten sind dem Personal nicht mehr wie auf einer geschlossenen Abteilung ausgeliefert, sondern haben die Möglichkeit am nächsten Tag nicht mehr zu erscheinen. Das Team einer teilstationären Einrichtung ist darauf angewiesen, dass die Patienten seine Arbeit in einem solchen Masse schätzen, dass sie sich ausreichend motiviert fühlen, jeden Morgen wieder zu kommen. Dies stellt für viele Mitarbeiter eine zusätzliche Herausforderung dar.

1.2.3. Finanzieller Vergleich von Tagesbehandlung und stationärer Behandlung

Ihre Bedeutung in der Psychiatrie der angelsächsischen Länder verdankt die Tagesbehandlung nicht zuletzt ihren geringeren finanziellen Kosten. Bennett (1972) stellt fest, dass statt drei Arbeitsschichten nur noch eine und statt drei täglichen Malzeiten nur eine nötig ist. Die Einrichtung einer teilstationären Institution erfordert nur den Bruchteil der Investitionskosten, die für eine stationäre psychiatrische Abteilung erforderlich wären. Es werden weder Schlafsäle mit den dazugehörigen sanitären Einrichtungen, noch Infrastrukturen wie z.B. Wäschereien benötigt.

Dick et al. (1985) vergleichen die Kosten einer Gruppe von stationären Patienten mit denen einer Gruppe von Tagespatienten. Obwohl die Tagespatienten sich durchschnittlich länger in den Institutionen aufhielten als die stationären Patienten, machten die Gesamtkosten der Tagespatienten weniger als zwei Drittel

der Gesamtkosten der stationären Patienten aus. Diese Ergebnisse lassen sich aber wegen der grossen Unterschiede zwischen dem schweizerischen und dem englischen Gesundheitswesen nur bedingt auf unsere Verhältnisse übertragen.

1.3 Indikationen und Kontraindikationen der Tagesbehandlung

Die Tagesbehandlung eignet sich für chronische und akute Patienten fast aller Diagnosegruppen. Ausnahmen bilden alkohol- oder drogensüchtige sowie akut suizidale Patienten, die mehr Struktur brauchen als die meisten teilstationären Einrichtungen bieten können. Auch zerfahrene psychotische Patienten, die sehr verwirrt und desorientiert sind, kommen für viele Einrichtungen erst nach dem Abklingen des akuten Zustandsbildes in Frage. Weitere Aufnahmekriterien richten sich nach den jeweiligen Zielsetzungen und Konzepten der einzelnen Einrichtungen.

Nach Bennett (1969) muss ein Patient ausreichend für die Tagesbehandlung motiviert sein, der Anfahrtsweg darf nicht zu lange sein, und er muss fähig sein, alleine oder mit Hilfe der Angehörigen zu wohnen. Dies setzt die Bereitschaft der Angehörigen voraus, den psychisch Kranken am Abend und an den Wochenenden zu betreuen und ihn eventuell zur Tagesbehandlung zu bringen und abzuholen.

Verschiedene Autoren, die stationär aufgenommene Patienten untersuchten, kommen zum Schluss, dass etwa die Hälfte dieser Patienten mit der Tagesbehandlung allein ausreichend versorgt wäre (vergl. Bennett 1969, Dick et al 1985).

Bennett (1969) spricht sich gegen die klare Trennung von Tages- und stationärer Behandlung aus. Die beiden Behandlungsformen sollten einander ergänzen, die Tagesbehandlung kann die stationäre Behandlung verkürzen und sich der Rehabilitation des Patienten annehmen. Das Angebot teilstationärer Einrichtungen sollte so abgestuft sein, dass sie dem unterschiedlichen Ausmass der Behinderung jedes einzelnen Patienten gerecht wird und die Möglichkeit vermittelt, in sozialer Hinsicht voranzukommen (Wing, 1972). Dazu ist aber eine Reihe von Einrichtungen mit



unterschiedlicher Betreuungsintensität erforderlich, um eine auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichtete Behandlung zu gewährleisten (Konzept der therapeutischen Kette).

1.4 Zum Unterschied zwischen Tagesklinik und Tageszentrum

Die Vielfalt der Einrichtungen zur Tagesbehandlung spiegelt sich auch in der unterschiedlichen Verwendung der Begriffe Tagesklinik und Tageszentrum (=Tagesstätte). Ein Vergleich des Winterthurer TZ (siehe 6.3) mit dem Zürcher TZ verdeutlicht dies. Tagesklinik und Tageszentrum sind die deutschen Uebersetzungen der englischen Begriffe Day-hospital und Day-center. Da uns dem Zürcher Tageszentrum vergleichbare Einrichtungen in Deutschland oder der Schweiz nicht bekannt sind, soll hier auf die britischen Verhältnisse, mit den über 80 Tageszentren, näher eingegangen werden.

1975 schlug eine Kommission des britischen Unterhauses Richtlinien für den Betrieb von Tageskliniken und Tageszentren vor (white paper). Bei ähnlicher Zielsetzung der beiden Einrichtungen sollte die Tagesklinik medizinische Behandlungsaspekte miteinbeziehen, während in den Tageszentren die Schwerpunkte auf den sozialen Aspekten liegen sollte.

Edwards (1979) verglich in Grossbritannien die Tageskliniken (TK) mit den Tageszentren (TZ) und fand folgende Unterschiede:

TK wurden vom nationalen Gesundheitswesen geführt und waren oft einer psychiatrischen Klinik angegliedert, während TZ vom lokalen Sozialamt oder privaten Organisationen getragen wurden. Der Anteil chronischer, schon mehrmals hospitalisierter Patienten war in den TZ höher, für viele von ihnen war das TZ eine Dauerlösung, was zu längerer durchschnittlicher Verweildauer in den TZ führte. Das Verhältnis von Personal zu Benutzer war in den TK 1:3,5, in den TZ 1:8, das Personal in den TK war besser qualifiziert als das der TZ. Der Hauptunterschied lag in der ärztlichen Betreuung, die in allen TK vorhanden war, in den TZ aber nur in Ausnahmefällen.

2. DAS ZUERCHER TAGESZENTRUM

2.1 Rahmenbedingungen des Zürcher TZ

Seit 1976 besteht das TZ des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Zürich. 1984 ist es von der Höschgasse an die Gartenhofstrasse beim Stauffacher umgezogen, wo eine geräumige Vierzimmerwohnung mit grossem, hellem Aufenthaltsraum zur Verfügung steht. Das TZ-Team besteht zur Zeit der Beschreibung aus:

- einer Psychiatrieschwester mit kaufmännischer Grundausbildung und langjähriger sozialpsychiatrischer Erfahrung in Nachtklinik und Ambulatorium (Anstellung zu 55%).
- einer therapeutischen Mitarbeiterin im kreativen Bereich mit kunstgerwerblicher Ausbildung, die seit sieben Jahren zum Mitarbeiterteam gehört (Anstellung zu 55 %).
- einem Psychiatriepfleger mit kunstgewerblicher Zusatzausbildung und früherer Lehrtätigkeit an einer Kunstschule (Anstellung zu 55 %).

Diese Mitarbeiter sind jeweils während der Oeffnungszeiten präsent. Die ärztliche Präsenz ist im Unterschied zur Tagesklinik nicht kontinuierlich, sondern auf definierte Rapporte, Fallbesprechungen, Team- und Konzeptsupervisionsrunden beschränkt. Sowohl der zuständige Assistenzarzt des Ambulatoriums, als auch die zuständige Oberärztin nehmen etwa ein bis zweimal pro Woche am gemeinsamen Mittagessen teil.

Der Eintritt ins TZ erfolgt ohne grosse Formalitäten, die Selbstzuweisung ist möglich, z.B. für ehemalige TZ-Benutzer in Krisensituationen. Nach der Anmeldung durch den Zuweiser wird zuerst ein "Schnuppertag" mit dem zukünftigen TZ-Benutzer vereinbart, um abzuklären, ob das TZ seinen Bedürfnissen entspricht.

Das TZ steht maximal 12 Benutzern Montags bis Freitags von 9.00 bis 13.00 Uhr offen, die Aufenthaltsdauer ist auf 3 Monate beschränkt, Verlängerungen sind ausnahmsweise möglich. Die TZ-Benutzer behalten ihre bisherigen externen Therapeuten und Aerzte, die für individuelle Psychotherapie sowie die medikamentöse

Behandlung zuständig bleiben. Bei Bedarf kann eine ärztliche Betreuung im Ambulatorium des Sozialpsychiatrischen Dienstes vermittelt werden.

2.2 Das Konzept des Zürcher Tageszentrums

2.2.1 Grundorientierung und therapeutische Ziele

Das Zürcher TZ ist konzipiert als Halbtagesstätte, die im Rahmen einer therapeutischen Gemeinschaft ein nicht leistungsorientiertes Soziotherapieprogramm anbietet, das sich nach den individuellen Bedürfnissen der einzelnen Benutzer richtet (Zimmer et al. 1982/1).

Diagnostik und Therapie sollten bei der Soziotherapie zuerst einmal beim Milieu ansetzen, in dem der Patient lebt (Uchtenhagen, 1985/1). Soziotherapie ist auf das Zusammenspiel der sozialen Bezüge des Patienten gerichtet und bringt den Therapeuten als sozialen Faktor mit ein (Zimmer und Uchtenhagen, 1972/2).

Das TZ bedeutet eine Ergänzung zu anderen vorhandenen stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten für psychisch Kranke der Region Zürich. Akut suizidale Patienten können nicht, Patienten mit manifesten Suchtproblemen nur ausnahmsweise aufgenommen werden.

Das Vormittagsprogramm umfasst Aktivitäten wie Ergotherapie, Malen, Gruppengespräche, Museumsbesuche, Schwimmen, gemeinsames Einkaufen und Zubereiten des Mittagessens und anderes.

Das TZ erfüllt Triagefunktionen, indem weitere Schritte in Rehabilitationsprozessen oder Krisensituationen geplant und eingeleitet werden können.

Die auf die Bedürfnisse des Einzelnen ausgerichteten Ziele des TZ-Aufenthaltes, (vergl. 4. Die Zuweiseranliegen), sind folgende:

- Das TZ unterstützt die Wiedereingliederung ins Berufsleben nach Stellenverlust, gescheitertem Arbeitsversuch, oder Entlas-

sung aus einer psychiatrischen Klinik. Es bietet Sozialtraining an, bereitet auf die Arbeitsaufnahme vor, und leistet konkrete Hilfe bei der Stellensuche oder Vermittlung von geschützten Arbeitsplätzen.

- Im Rahmen der Krisenüberbrückung nimmt das TZ Patienten auf, die mit Schwierigkeiten in der Familie oder am Arbeitsplatz überfordert sind. Meist sind dies Patienten, bei denen sich ein neuer psychotischer Schub ankündigt, ohne dass die Notwendigkeit zu einer Hospitalisation bereits gegeben wäre. Während der Krise bleibt der TZ-Benutzer dem Krisenfeld teilweise ausgesetzt; die Krisenbewältigung bleibt an der Alltagswirklichkeit orientiert (Dörner, 1983). Zugleich erfolgt Entlastung des Krisenfeldes und insbesondere der Angehörigen.

- Das TZ soll invalidisierten, vereinsamten Patienten helfen, ihre Isolation zu überwinden. Die gemeinsamen Aktivitäten bieten Gelegenheit zu Kontakten innerhalb einer Gemeinschaft, bringen etwas Farbe in das oft triste Rentendasein und sollen zu eigener aktiver Gestaltung des Alltags und der sozialen Beziehungen anregen. Im TZ sollen daher den Benutzern Möglichkeiten zur sinnvollen Gestaltung des Tagesablaufes im konkreten Detail aufgezeigt werden.

- Viele Patienten geraten ohne die Tagesstruktur ihres Arbeits- Ausbildungs- oder Therapieplatzes in eine Krise, da sie von der Gestaltung ihrer Freizeit überfordert sind. In den Ferien oder während der Wartezeit kann ihnen das TZ eine Ersatzstruktur bieten.

2.2.2 Therapeutischer Umgang

Das TZ bietet einen geschützten Rahmen, in dem sich seine Benutzer wohlfühlen und entfalten können. Neue Mitglieder sollten spontan und herzlich aufgenommen werden.

Psychische Störungen der TZ-Benutzer werden vom Gesichtspunkt der sozialen Behinderung betrachtet. Dies bedeutet, dass die gesunden Seiten des TZ-Benutzers angesprochen werden und die

realen, bei den gemeinsamen Aktivitäten erlebten Schwierigkeiten im Vordergrund stehen. Es sollen Hilfen zur praktischen Lebensbewältigung aufgezeigt werden. Mundt (1976) berichtet von der Tagesklinik des Londoner Maudsley-Hospitals, dass dort Verhaltens- und Persönlichkeitsdevianzen nicht hinterfragt, sondern toleriert werden. Abwehr-, Ersatz- oder Kompensationsfunktionen interessieren im TZ nicht als solche, wichtiger sind ihre Bedeutungen als soziales Handicap. Dem psychisch Behinderten soll es ermöglicht werden, seine ihm verbliebenen Kräfte in einem möglichst normalen Rahmen möglichst effektiv einzusetzen.

Konflikte, die sich durch Regelungen und Abmachungen des TZ-Betriebes ergeben, sollen offen besprochen und bereinigt werden. Finzen (1978), der 1972 in Tübingen eine Tagesklinik aufbaute, betont, dass der Patient lernen sollte, Auseinandersetzungen ohne Angst vor Sanktionen auszutragen und seine Emotionen dabei zu zeigen. Dies kann auch im TZ zu jeder Zeit geschehen, es sollte nicht nur die wöchentliche Gesprächsgruppe ein Experimentalraum für alternative Kommunikations- und Verhaltensformen sein.

Die Mitarbeiter nehmen an den Aktivitäten je nach Neigung und Fähigkeit gleichberechtigt teil und bringen ihre Eindrücke und Meinungen in Bezug auf die Gruppe ein. Sie sollten ihre Spontaneität jedoch insoweit kontrollieren, als sie die Patientengruppe nicht dominieren. Durch ihre partnerschaftliche Teilnahme an der Gemeinschaft bieten sie ebenso wie die Mitpatienten wichtige Identifikationsmöglichkeiten für den einzelnen (Zimmer, 1982/1).

Das wöchentlich stattfindende Gruppengespräch hat die Funktion einer sozialtherapeutischen Aussprachgruppe, (vergl. 2.3.5 Das Gruppengespräch).

Der für das TZ zuständige Assistenzarzt des Ambulatoriums des Sozialpsychiatrischen Dienstes beteiligt sich an der Leitung des wöchentlichen Gruppengesprächs und hilft beim Teamrapport und bei der Bewältigung der Probleme, die sich mit den Benutzern,

der Administration und anderswo ergeben. Zweimal im Monat findet unter der Leitung der zuständigen Oberärztin des Sozialpsychiatrischen Dienstes die regelmässige Team- und Konzeptsupervision statt. In diesen Sitzungen werden Schwierigkeiten der Mitarbeiter mit einzelnen Benutzern, sowie Schwierigkeiten im Team auf dem Hintergrund der Konzepttheorien geklärt.

2.2.3 Das Vertragsgespräch

Zwischen dem Benutzer und dem Team findet am Anfang des TZ-Aufenthaltes ein Vertragsgespräch statt, um die Ziele des TZ-Aufenthaltes zu klären und festzuhalten. Dieser Vertrag wird so gestaltet, dass er ein Vertrag des Patienten mit sich selber sein könnte. Nach Dörner (1983) ist es wichtig, dem Patienten in psychiatrischen Institutionen Mitspracherecht zu gewährleisten, um ihm zu zeigen, dass er Einfluss auf Regeln hat und Verantwortung für das eigene Handeln übernehmen kann. Der TZ-Benutzer soll erkennen, dass das TZ nicht ein Beschäftigungsprogramm ist, das er konsumieren kann, sondern dass er im TZ aktiv an seiner Rehabilitation mitarbeiten kann. Während des TZ-Aufenthaltes werden Standortbestimmungen vorgenommen, um Abmachungen des Vertragsgespräches zu ergänzen oder zu verändern. Gründe für Misserfolge können besprochen und andere Lösungen gesucht werden.

2.3 Arbeitsweise des Teams, dargestellt anhand des Tagesablaufes

2.3.1 Der Morgenkaffee

Wenn der TZ-Benutzer um 9.00 Uhr im TZ eintrifft, hat er bereits einen wichtigen Teil eines normalen Tagesablaufes absolviert: er ist aufgestanden, hat gefrühstückt und öffentliche Verkehrsmittel benutzt um ins TZ zu gelangen. Nach der Ankunft machen die TZ-Benutzer Kaffee und verteilen die Kaffeetassen. Benutzer und Team versammeln sich dann um den grossen Tisch im Aufenthaltsraum. Der Morgenkaffee bietet Gelegenheit zu informellen Gesprächen und Ankündigungen für den Morgen. Das TZ-Team nimmt die Stimmung wahr und kann einen Ueberblick über

die Gruppe gewinnen. Die für das Mittagessen verantwortlichen TZ-Benutzer können das Menu mit dem Team besprechen und von allen Anwesenden das Geld für das Essen einziehen.

Der Morgenkaffee soll die TZ-Benutzer auch motivieren, morgens pünktlich zu erscheinen. Wer zu spät kommt, riskiert, dass es keinen Kaffee mehr gibt, und er von der versammelten Gruppe nach den Gründen für sein Zuspätkommen gefragt wird. Trotzdem gibt es immer wieder "Epidemien" von Unpünktlichkeit; die Letzten treffen oft erst gegen 10.00 Uhr ein. Die Schwierigkeit pünktlich zu erscheinen, ist ein regelmässiges Thema in der Gesprächsgruppe.

Falls kein Ausflug auf dem Programm steht, und die TZ-Benutzer nicht zum Plaudern oder Spielen im Aufenthaltsraum bleiben, können sie nach dem Morgenkaffee zwischen den Aktivitäten im Malzimmer und Werkraum wählen.

2.3.2 Die Ergotherapie

Die gelockerte, kreative Atmosphäre im Werkraum wird manchmal durch Musik unterstützt. Es wird in kleinen Gruppen unter Mithilfe eines TZ-Mitarbeiters gebastelt, gestrickt, getöpft oder es werden Collagen geklebt.

Diese Aktivitäten helfen auch, Kontakt- und Kommunikationsschwierigkeiten zu überwinden. Nicht nur die technischen Fertigkeiten sind wichtig, sondern die Möglichkeit ein Gespräch zu beginnen. Bei den gemeinsamen Aktivitäten sollen aber nicht verbalanalytische Gruppengespräche geführt werden, sondern realitätsbezogene Auseinandersetzungen. Nach Pfäfflin (1974) soll der Patient lernen, sich frei in einer Gruppe zu bewegen, sich an Diskussionen zu beteiligen, Situationen zu überschauen und Entscheidungen selbst zu treffen.

Nach Pörksen (1974) ist die Beschäftigungstherapie ein wesentliches Element im Prozess der Behandlung und Rehabilitation von psychisch Kranken und sollte in die übrigen Behandlungsverfahren miteinbezogen werden. Sie ist ein Hilfsmittel in der Förderung verlorengegangener sozialer und beruflicher Fähigkeiten. Sie kann entscheidend dazu beitragen, dass der

Patient lernt, sich mit Ausdauer einem praktischen Problem zuzuwenden und seine Kollegen am Arbeitsplatz zu verstehen und zu ertragen. Sie darf nicht zu einer rein zeitfüllenden hospitalisierungsfördernden Aktivität abgleiten.

Die Freude an einem gelungenen, selbstgemachten Produkt stärkt das Selbstvertrauen und ist eine wertvolle Unterstützung im Rehabilitationsprozess, der oft durch Rückschläge und Enttäuschungen gekennzeichnet ist.

2.3.3 Das Malen

Im Malzimmer, mit seiner ruhigen und von Leistungsdruck freien Atmosphäre, halten sich selten mehr als drei TZ-Benutzer auf. Sie können sich dort ungestört ihren Bildern widmen, gesprochen wird kaum. Gelegentlich schaut ein TZ-Mitarbeiter herein, der Ratschläge zum Mischen und Auftragen von Farben geben kann, und die Bilder betrachtet.

Bader (1976) ist davon überzeugt, dass eine freundliche, spielerische Stimmung wesentlich für das freie Malen ist. Der Patient sollte nicht den Eindruck gewinnen, dass er etwas leisten müsse, was später beurteilt wird, sondern soll sich in seiner bildlichen Äusserung akzeptiert und ohne negative Wertung angenommen fühlen.

Die Ausdauer der TZ-Benutzer im Malzimmer ist verschieden, einige verlassen es nach einer viertel Stunde bereits wieder, andere malen dort fast jeden Tag, manchmal wochenlang am gleichen Bild. Navratil (1976) betont, dass es dabei keine Rolle spielt wie gekonnt oder mangelhaft das Produkt ist, wenn es ausdrucksvoll, eigenartig und echt ist.

Viele Inhalte veränderter Bewusstseinszustände, z.B. bei Psychotikern, eignen sich nicht zur Wiedergabe in der Umgangssprache. Das Malen bietet die Möglichkeit des nonverbalen Ausdrucks dieser Inhalte, über das Bildhafte kann mit der Umwelt kommuniziert werden.

Gelingt es einem Patienten sich kreativ auszudrücken, gewinnt er neuen Zugang zu sich selbst. Der persönliche Ausdruck kann der Ich-Findung dienen und das Selbstwertgefühl steigern; die ungezwungene bildnerische Tätigkeit kann den Effekt einer Abreaktion, einer Katharsis haben (Bader 1976).

Eine psychotherapeutische Verarbeitung des Bildmaterials findet im TZ nicht statt, die TZ-Benutzer können die Bilder aber in die Stunde zu ihrem Arzt oder Therapeuten mitnehmen.

2.3.4 Die Ausflüge

Zusätzlich zu der Freitagsschwimmgruppe im benachbarten Hallenbad findet etwa einmal pro Woche ein Ausflug statt. Im Winter wird ein Museum besucht oder man geht zum Kegeln, im Sommer wird der Morgen beim Picknicken oder im Zoo verbracht. Die Ausflüge sind eine willkommene Abwechslung und vermitteln anregende Eindrücke. Nach dem Besuch einer Ausstellung mit selbstgebasteltem afrikanischem Spielzeug, die zeigte, wie mit Fantasie ein Mangel an Material wettgemacht werden kann, entstanden im TZ Modelle von Autos, Flugzeugen und anderem, die mit viel Fingerspitzengefühl und nur aus Draht angefertigt wurden.

Sehr beliebt ist die Kegelbahn, wo sich regelmässig sonst eher bewegungsarme und zurückhaltende TZ-Benutzer als sportliche Kegler zeigen. Die Regeln und die Wettbewerbssituation beim Kegeln führen oft zu Auseinandersetzungen, die dann jeweils zum Gruppengesprächsthema werden.

2.3.5 Das Gruppengespräch

Jeden Donnerstag findet im Aufenthaltsraum unter der Leitung des TZ-Teams und des Assistenzarztes das einstündige Gruppengespräch statt. Es sollten alle anwesenden TZ-Benutzer daran teilnehmen.

Meistens legt das TZ-Team ein Einstiegsthema fest, wie z.B. pünktliches morgendliches Erscheinen, oder Kontaktschwierigkeiten

im TZ. Die TZ-Mitarbeiter fragen die TZ-Benutzer, ob sie diese Probleme kennen, wie sie sich bei ihnen äussern, und wie sie damit umgehen. Manchmal berichten TZ-Benutzer über sehr persönliche Erlebnisse; indem ein Teammitglied das Erlebnis neu formuliert, oder Teilaspekte davon hervorhebt, versucht es den Bezug zur gemeinsamen Realität herzustellen. Fragen neuer TZ-Benutzer führen immer wieder zu Diskussionen über den Zweck des Aufenthaltes im TZ. So wird das Verständnis für den Betrieb im TZ gefördert und die TZ-Benutzer werden animiert, sich aktiv zu beteiligen. Das Nichteinhalten der Rauchpausen und anderer Regelungen im TZ zeigt die Schwierigkeiten, die die meisten TZ-Benutzer mit Vorschriften haben. Die TZ-Mitarbeiter müssen nicht immer gleicher Meinung sein, sondern sollten ihre eigenen Ansichten vertreten, was ein offenes und spontanes Klima entstehen lässt.

Nach Zimmer und Uchtenhagen (1979/1) ist das oberste Ziel sozialtherapeutischer Gruppenarbeit, dem Patienten das Erlebnis zu vermitteln, sich in einer Gruppe wohl zu fühlen, sich auszupressen, und im Austausch mit anderen Anregung und Erweiterung zu gewinnen. Die TZ-Benutzer können in der Gesprächsgruppe erfahren, wie sie von den anderen gesehen werden, wie ihr Verhalten auf andere wirkt. Die Erfahrung, dass man trotz eigener Hilflosigkeit und verinnerlichter Krankheitsrolle anderen mit Gesprächsbeiträgen helfen kann, ist für Viele neu und hilft, ein akzeptables Selbstbild zu etablieren (Finzen, 1978).

2.3.6 Das Mittagessen

Für ein Mittagessen sind jeweils zwei TZ-Benutzer verantwortlich. Beim Erstellen des Wochenplanes wird darauf geachtet, dass jeder TZ-Benutzer die Gelegenheit hat, einmal in der Woche beim Kochen oder Abwaschen mitzuhelfen. Dies führt oft zu Auseinandersetzungen, da die Bereitschaft, in der Küche mitzuhelfen, sehr unterschiedlich ist. Die TZ-Benutzer lernen unter der Mithilfe der TZ-Mitarbeiter ein Menü zu planen, das Geld einzuteilen, die erforderliche Menge Lebensmittel für die Gruppe einzukaufen und die Mahlzeiten zuzubereiten. Die günstigen,

einfach zu kochenden und sehr schmackhaften Menues, die schon im TZ gekocht wurden, könnten mittlerweile ein dickes Kochbuch füllen. Das Erlernen der Fähigkeit, sich mit Lebensmitteln zu versorgen und Malzeiten zu kochen ist ein konkreter Schritt zur Verbesserung der Lebensbedingungen und zu mehr Selbstständigkeit. Die Freude an einer selbstgekochten, zufriedenstellenden Malzeit, und das Lob der anderen stärken das Selbstvertrauen.

Das gemeinsame Mittagessen am grossen Tisch im Aufenthaltsraum bietet Gelegenheit zu vielseitigen Gesprächen. Es führt zu mehr Nähe und einem gewissen Mass an Gleichheit zwischen Team und Benutzern. Die ungezwungene Stimmung erlaubt es den TZ-Benutzern, auch von sehr persönlichen Problemen zu erzählen und die TZ-Mitarbeiter um Rat zu fragen.

2.3.7 Die übrige Zeit

Nach dem Mittagessen hat der TZ-Benutzer noch ein umfangreiches, selbst zu strukturierendes Programm vor sich. Er muss wieder nach Hause fahren, den Nachmittag und Abend sinnvoll gestalten, sich den Anforderungen seiner Umgebung zu stellen, sich um das Abendessen kümmern und schlafen gehen. Am Wochenende muss er sogar zwei Tage auf therapeutische Unterstützung verzichten.

Das TZ-Team gibt Anregungen zur Freizeitgestaltung und ermutigt die TZ-Benutzer zu gemeinsamen Unternehmungen am Nachmittag. Manchmal bilden sich kleine Grüppchen, die den Nachmittag bei Einkäufen, Ausstellungsbesuchen oder Gesprächen in einem Café miteinander verbringen. Es entstehen so gelegentlich Freundschaften, die manchmal den TZ-Aufenthalt überdauern.

Die therapiefreie Zeit ohne TZ ängstigt Patienten wie auch die Therapeuten, die nicht wissen, wie ihre Patienten diese Zeit verbringen. Finzen (1978) stellt fest, dass die therapiefreie Zeit auch eine erwünschte Belastung und Prüfung für den Patient ist, der allmählich in ein Leben ausserhalb der Institutionen zurückkehren soll.

3. DIE TZ-BENUTZER

3.1 Die Datenerhebung

Als Untersuchungsmaterial dienten die vom TZ-Team geführten Verlaufsblätter und Karteikarten, sowie die Zuweiserakten. Die Verlaufsblätter wurden abgesehen von den Aufnahmen im Gründungsjahr 1976 über jeden TZ-Benutzer geführt. Bei 14 TZ-Benutzern waren sie verloren gegangen, ihre Daten konnten aber durch Angaben aus den Krankengeschichten der beiden SPD-Ambulatorien teilweise rekonstruiert werden.

Der Informationsgehalt der Verlaufsblätter war sehr unterschiedlich, eine systematische Dokumentation der wesentlichen Fakten fand sich etwa ab 1983. Normalerweise wurden bei der Eintritts- und Entlassungssituation die Wohn- Arbeits- und Betreuungsverhältnisse beschrieben. Die Verlaufssituation wurde abgesehen von besonderen Ereignissen etwa alle 2-3 Wochen dokumentiert. Die Anmeldeformulare enthielten Angaben über Zuweiseranliegen und Diagnose. Die neuen Anmeldeformulare, die seit 1984 benutzt werden, weisen zusätzlich noch Fragen zu den sozialen Verhältnissen auf. Die Personalien und die Regelmässigkeit der TZ-Besuche waren aus den Karteikarten ersichtlich.

Die Daten über psychische Funktionen, Motivation für das TZ, Kontakt und Aktivität im TZ sowie Freizeitgestaltung sind schwer quantifizierbar, es besteht ein erheblicher Ermessensspielraum. Da aber das gesamte Datenmaterial untersucht werden sollte, wurden diese Bereiche mit berücksichtigt.

Für jeden TZ-Aufenthalt wurden die Daten auf den für diese Untersuchung entwickelten Frageraster (siehe Anhang) übertragen und mittels Randauszählung ausgewertet.

Auf die Verwendung von EDV wurde verzichtet, da die vorliegenden Daten mit Randauszählung und Prozentzahlen ausreichend erfasst werden konnten.

3.2 Anzahl der Aufnahmen ins TZ von 1976 - 1985

	Frauen	Männer	Total
1976	12	6	18
1977	26	24	50
1978	22	17	39
1979	27	26	53
1980	21	19	40
1981	26	27	53
1982	32	21	53
1983	28	26	54
1984	24	21	45
1985	30	25	55
Total	248	212	460

Bei den folgenden Angaben werden die 18 Patienten des Jahres 1976 nicht berücksichtigt, da sie nur teilweise oder gar nicht dokumentiert wurden.

Wo keine wesentlichen Unterschiede zwischen den einzelnen Jahrgängen bestehen, werden nur die Werte der Jahrgänge 1977 und 1985, oder die Gesamtwerte aller TZ-Benutzer, nicht nach Jahren aufgeschlüsselt, aufgeführt.

3.3 Anamnestiche Angaben

3.3.1 Alter der TZ-Benutzer

Das durchschnittliche Alter der TZ-Benutzer betrug 1977 32 Jahre, (Frauen und Männer je 32 Jahre), 1985 36 Jahre, (Frauen 38, Männer 34 Jahre).

3.3.2 Zivilstand

	ledig	verheiratet	geschieden verwittwet	keine Angaben
1977	72,0 %	14,0 %	12,0 %	2,0 %
1985	65,5 %	9,1 %	12,7 %	12,7 %

3.3.3 Bisherige Hospitalisationen

Die Frage, ob die TZ-Benutzer bisher schon ein oder mehrere Male hospitalisiert waren, konnte wie folgt beantwortet werden:

	ja	nein	keine Angaben
1977	54,0 %	0,0 % ¹⁾	46,0 %
1985	85,5 %	5,5 %	9,1 %

1) Da fehlende Hospitalisation früher nicht dokumentiert wurde, sind diese Patienten unter "keine Angaben" zu suchen.

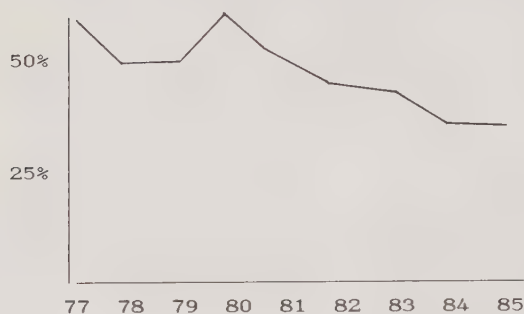
Nur bei 2 % aller TZ-Patienten fanden sich in den Verlaufsblättern oder Zuweiserakten detaillierte Angaben zu Anzahl, Dauer oder Ort früherer Hospitalisationen.

3.4 Zuweisung

3.4.1 Zuweisende Instanz

	1977	1985
Ambulatorium I	38,0 %	23,6 %
Ambulatorium II	10,0 %	9,1 %
Nachtkliniken	6,0 %	0,0 %
SPD andere	10,0 %	3,6 %
SPD gesamt	64,0 %	36,3 %
Burghölzli	20,0 %	14,5 %
Psych. Poliklinik	8,0 %	9,1 %
Private Aerzte	8,0 %	18,2 %
Patient selbst	0,0 %	12,7 %
andere	0,0 %	9,1 %

Entwicklung des Anteils der Zuweisungen durch den SPD



3.4.2 Wiederaufnahmen

1977 waren 8,0 %, 1985 27,3 % der TZ-Benutzer früher schon einmal im TZ. Ab 1979 lag der Anteil der Wiederaufnahmen bei etwa 30 %. Eine Ausnahme bildet 1984 (zwei neue Mitarbeiter) mit 11 %.

3.5 Therapeutische Betreuung

3.5.1 Therapeutische Betreuung bei Ein- und Austritt

	1977, bei Eintritt	1977, bei Austritt	1985, bei Eintritt	1985, bei Austritt
SPD-Arzt	60,0 %	52,0 % ¹⁾	18,2 %	27,3 %
SPD-Sozialarbeiter	2,0 %	2,0 %	9,1 %	9,1 %
SPD-Schwester ²⁾	10,0 %	12,0 %	14,5 %	20,0 %
Burghölzli (hospitalisiert)	24,0 %	16,0 %	14,5 %	5,5 %
Arzt anderer Institution	10,0 %	10,0 %	21,8 %	10,9 %
Schwester anderer Inst.	2,0 %	2,0 %	3,6 %	1,8 %
Privater Arzt	8,0 %	12,0 %	30,9 %	36,4 %
Andere	0,0 %	2,0 %	3,6 %	3,6 %
keine Angaben	4,0 %	18,0 %	1,8 %	5,5 %

1) Aufgrund der höheren Werte für "keine Angaben", niedriger als bei Eintritt.

2) mit Arzt im Hintergrund

3.5.2 Veränderung der Intensität der therapeutischen Betreuung

Hospitalisation in einer psychiatrischen Klinik wurde als intensivste Betreuung, gelegentliche Konsultationen beim Hausarzt als am wenigsten intensive Betreuung eingestuft. So ergeben sich für die Veränderungen zwischen Ein- und Austritt folgende Werte:

	weniger Betreuung	gleichviel Betreuung	mehr Betreuung	keine Angaben
1977	20,0 %	54,0 %	14,0 %	12,0 %
1985	20,0 %	67,3 %	9,1 %	5,5 %

3.6 Wohnsituation

3.6.1 Räumliche Wohnsituation bei Ein- und Austritt

	1977,bei Eintritt	1977,bei Austritt	1985,bei Eintritt	1985,bei Austritt
bei den Eltern	6,0 %	6,0 %	14,5 %	18,2.%
Zimmer	12,0 %	14,0 %	29,1 %	32,7.%
Wohnung od. Einfam.haus	40,0 %	42,0 %	36,4 %	36,4.%
Nachtklinik	10,0 %	8,0 %	1,8 %	3,6.%
in Psychiatrischer Klinik	24,0 %	18,0 %	18,2 %	7,3.%
keine Angaben	8,0 %	12,0 %	0,0 %	0,0.%

3.6.2 Personelle Wohnsituation bei Ein- und Austritt

	1977,bei Eintritt	1977,bei Austritt	1985,bei Eintritt	1985,bei Austritt
alleine	40,0 %	36,0 %	40,0 %	43,6.%
mit Partner	4,0 %	8,0 %	7,3 %	7,3.%
mit Kind/ern	0,0 %	2,0 %	3,6 %	3,6.%
bei den Eltern	6,0 %	6,0 %	14,5 %	18,2.%
in Wohngemeinschaft	2,0 %	2,0 %	5,5 %	3,6.%
in betreutem Heim/WG	2,0 %	8,0 %	12,7 %	16,4.%
in Institution	34,0 %	26,0 %	16,4 %	9,1.%
keine Angaben	12,0 %	14,0 %	1,8 %	1,8.%

Wegen möglicher Mehrfachantworten beträgt die Summe bei 3.6.2 mehr als 100 %.

3.6.3 Veränderung der Wohnsituation zwischen Ein- und Austritt

Aufgrund der Einstufung der Hospitalisation als unselbstständigste, dem Wohnen alleine oder mit Partner als selbstständigste Wohnart ergeben sich folgende Werte:

	mehr Selbstständigkeit	unverändert	mehr Abhängigkeit	keine Angaben
1977	22,0 %	62,0 %	12,0 %	4,0 %
1985	16,4 %	76,4 %	7,3 %	0,0 %

3.7 Tagesstruktur

3.7.1 Tagesstruktur vor Ein- und nach Austritt

	1977, bei Eintritt	1977, bei Austritt	1985, bei Eintritt	1985, bei Austritt
100 % Arbeitsstelle			0,0 %	16,4 %
Teilzeitstelle	2,0 %	30,0 % ¹⁾	1,8 %	10,9 %
Hausfrau	0,0 %	2,0 %	1,8 %	5,5 %
geschützte Werkstatt	0,0 %	8,0 %	1,8 %	18,2 %
Arbeitsfähig andere	2,0 %	6,0 %	10,9 %	3,6 %

Arbeitsfähig total	4,0 %	46,0 %	16,5 %	54,6 %
--------------------	-------	--------	--------	--------

krank mit Arbeitsstelle	20,0 %	2,0 %	5,5 %	0,0 %
zu Hause	38,0 %	22,0 %	54,6 %	27,3 %
hospitalisiert	26,0 %	18,0 %	18,2 %	7,3 %
Tagesklinik	0,0 %	2,0 %	0,0 %	3,6 %
Berufsförderungskurs (BFK)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %
keine Angaben	12,0 %	10,0 %	5,5 %	7,3 %

1) Umfang der Arbeitsstelle nicht dokumentiert

3.7.2 Vergleich der Tagesstruktur vor Eintritt und nach Austritt

Bei der Einstufung einer Ganztagsstelle als bester, Hospitalisation als schlechtester Tagesstruktur ergeben sich für die Veränderungen der Tagesstruktur folgende Werte:

	verbessert	unverändert	verschlechtert	keine Angaben
1977	52,0 %	26,0 %	14,0 %	8,0 %
1985	56,4 %	36,4 %	5,5 %	1,8 %

3.8 Finanzielle Situation

Da die finanzielle Situation der TZ-Benutzer erst ab 1985, mit den neuen Anmeldeformularen systematischer dokumentiert wird, sind nur die 85er Werte aufgeführt.

	1985, bei Eintritt	1985, bei Austritt
Arbeitslohn ¹⁾	9,1 %	27,3 %
Invalidenrente	45,5 %	45,5 %
Sozialfürsorge	7,3 %	7,3 %
Partner	5,5 %	5,5 %
Eltern	5,5 %	3,6 %
Andere	3,6 %	3,6 %
keine Angaben	30,9 %	23,6 %

1) Einkünfte aus Voll- und Teilzeiterwerb

Wegen möglicher Mehrfachantworten ergibt die Summe mehr als 100%.

3.9 Verteilung der TZ-Benutzer auf die Diagnosegruppen, Gesamtwerte der Jahre 1977 bis 1985

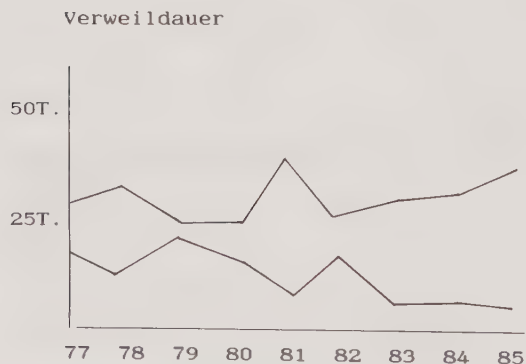
ICD Diagnose Num.	n	%
295 Schizophrenien	274	62,0
296 Affektpsychosen	42	9,5
300 Neurosen	46	10,4
303-305 Suchtprobleme	23	5,2
Andere	57	12,9

3.10 Berufsbezeichnung

1977 hatten 36,0 %, 1985 47,3 % der TZ-Benutzer eine Berufsbezeichnung. Da diese in den meisten Fällen nicht mit der zuletzt ausgeübten Tätigkeit übereinstimmte, und sich in den Akten des selben TZ-Benutzers zum Teil verschiedene Berufsbezeichnungen fanden, werden diese nicht im Detail aufgeführt.

3.11 Verweildauer

Die durchschnittliche Verweildauer im TZ betrug zwischen 25 Tagen, (1979), und 42 Tagen, (1981). Dass viele Kurzaufenthalter, (weniger als zehn Tage im TZ), die durchschnittliche Verweildauer senken, lässt sich mit der folgenden Grafik zeigen:



3.12 Regelmässigkeit des TZ-Besuches

Die Regelmässigkeit des TZ-Besuches ist aufgrund der Krankenkassenabrechnung bei allen TZ-Benutzern dokumentiert. Weniger als viermaliges Erscheinen pro Woche wird als unregelmässiges Erscheinen eingestuft, spezielle Abmachungen mit dem TZ-Team wie z.B. das "Abnabeln" am Ende eines TZ-Aufenthaltes ausgenommen.

	1977, bei Eintritt	1977, bei Austritt	1985, bei Eintritt	1985, bei Austritt
Regelmässig	80,0 %	74,0 %	72,7 %	65,5 %
Unregelmässig	20,0 %	26,0 %	27,3 %	34,5 %

3.13 Pünktlichkeit (vor 1980 schlecht dokumentiert)

	1980, bei Eintritt	1980, bei Austritt	1985, bei Eintritt	1985, bei Austritt
Ist pünktlich	42,5 %	45,0 %	60,0 %	61,9 %
Ist unpünktlich	30,0 %	27,5 %	36,4 %	34,5 %
keine Angaben	27,5 %	27,5 %	3,6 %	3,6 %

3.14 Angaben über psychische Funktionen und Motivation

Bei den Angaben zu diesen Punkten handelt es sich um "weiche" Daten mit grossem Ermessensspielraum, was sich auch bei Fallbesprechungen zur Ergänzung fehlender Daten mit dem TZ-Team zeigte.

3.14.1 Vergleich der Auffälligkeit der psychischen Funktionen bei Eintritt / Austritt

	1977	1985
grob auffällig / grob auffällig	24,0 %	9,1 %
grob auffällig / leicht auffällig	4,0 %	0,0 %
grob auffällig / unauffällig	0,0 %	0,0 %
leicht auffällig / grob auffällig	6,0 %	1,8 %
leicht auffällig / leicht auffällig	20,0 %	45,5 %
leicht auffällig / unauffällig	8,0 %	5,5 %
unauffällig / grob auffällig	0,0 %	1,8 %
unauffällig / leicht auffällig	0,0 %	0,0 %
unauffällig / unauffällig	20,0 %	34,5 %
keine Angaben	18,0 %	1,8 %

Diese Werte lassen den Schluss zu, dass sich die Patientenselektion deutlich verändert hat. Sicher sind hierfür Erfahrungen verantwortlich, welche Patienten im TZ weiter gefördert werden können und welche Patienten sich selbst, die Gruppe der Mitpatienten und das Team überfordern.

3.14.2 Zustand bei Entlassung ¹⁾

	gebessert	gleich	verschlechtert	keine.Ang.
1977	14,0 %	60,0 %	16,0 %	10,0 %
1985	20,0 %	65,5 %	12,7 %	1,8 %

1) Diese Werte spiegeln den Gesamteindruck und beziehen die soziale Situation als wichtigste Grösse mit ein. So kann ein TZ-Benutzer trotz gleichbleibender psychischer Funktion als gebessert oder verschlechtert entlassen worden sein.

3.14.3 Motivation

Zur Beurteilung der Motivation eines Benutzers für das TZ dienten neben direkten Angaben über die Motivation auch Angaben über die Teilnahme an den Aktivitäten im TZ und über die Regelmässigkeit des Erscheinens.

	1977, bei Eintritt	1977, bei Austritt	1985, bei Eintritt	1985, bei Austritt
sehr motiviert	18,0 %	14,0 %	50,9 %	38,2 %
mittel motiviert	6,0 %	2,0 %	23,6 %	16,4 %
ambivalent	6,0 %	6,0 %	9,1 %	16,4 %
wenig motiviert	2,0 %	4,0 %	3,6 %	7,3 %
nicht motiviert	14,0 %	18,0 %	5,5 %	14,5 %
keine Angaben	54,0 %	56,0 %	7,3 %	7,3 %

3.14.4 Veränderung der Motivation während des TZ-Aufenthaltes

	Zunahme	unverändert	Abnahme	keine Angaben
1977	0,0 %	34,0 %	12,0 %	54,0 %
1985	1,8 %	65,5 %	25,5 %	7,3 %

3.15 Kontakt im TZ

Hierbei handelt es sich um Angaben zur Kontaktfähigkeit der TZ-Benutzer, Angaben über die Beziehungsfähigkeit liessen sich in den Akten nur ausnahmsweise finden.

	1977 ^e , bei Eintritt	1977, bei Austritt	1985, bei Eintritt	1985, bei Austritt
guter Kontakt	34,0 %	42,0 %	58,2 %	63,7 %
wenig Kontakt	10,0 %	12,0 %	12,8 %	10,9 %
isoliert	36,0 %	20,0 %	23,6 %	20,0 %
keine Angaben	20,0 %	18,0 %	5,5 %	5,5 %

3.16 Freizeitgestaltung

Bis 1984 finden sich wenig Informationen zur Freizeitgestaltung der TZ-Benutzer. Seit Einführung des neuen Anmeldeformulars, das auch eine Frage nach der Freizeitgestaltung enthält, liegen mehr Angaben vor.

	1977, bei Eintritt	1977, bei Austritt	1985, bei Eintritt	1985, bei Austritt
sehr problematisch	10,0 %	8,0 %	25,5 %	20,0 %
problematisch	4,0 %	4,0 %	23,6 %	12,7 %
unproblematisch	8,0 %	12,0 %	7,3 %	20,0 %
keine Angaben	78,0 %	76,0 %	43,6 %	47,3 %

3.17 Beteiligung an den Aktivitäten im TZ

	1977, bei Eintritt	1977, bei Austritt	1985, bei Eintritt	1985, bei Austritt
beteiligt sich	46,0 %	52,0 %	63,7 %	61,8 %
beteiligt sich nicht	32,0 %	28,0 %	30,9 %	32,8 %
keine Angaben	22,0 %	20,0 %	5,5 %	5,5 %

3.18 Vertragsgespräch

Seit 1981 wurde mit über 50 %, seit 1983 mit über 75 % der TZ-Benutzer ein verbindliches Vertragsgespräch in schriftlicher Form gemacht. Bei den 32 Fällen, seit 1983, in denen kein Vertragsgespräch gemacht wurde, handelte es sich in 25 Fällen um Kurzaufenthalter, die weniger als 10 Tage in TZ blieben.

	1977	1982	1985
hält sich an Vertragsgespräch	12,0 %	22,7 %	34,5 %
hält sich teilweise an Vertragsgespräch	4,0 %	15,1 %	29,1 %
hält sich nicht an Vertragsgespräch	12,0 %	18,9 %	16,4 %
kein Vertragsgespräch gemacht	66,0 %	35,8 %	14,5 %
keine Angaben	6,0 %	7,5 %	5,4 %

3.19 Bemühungen der TZ-Benutzer um berufliche Wiedereingliederung

	1977	1985	
bemüht sich darum	36,0 %	40,0 %	
bemüht sich teilweise darum	8,0 %	21,8 %	
bemüht sich nicht darum	16,0 %	7,3 %	
<u>Berufssituation ist geregelt</u>	28,0 %	21,8 %	1)
keine Angaben	12,0 %	9,1 %	

1) TZ-Benutzer, die bereits bei Eintritt eine Stelle hatten, oder solche, bei denen die berufliche Wiedereingliederung nicht aktuell war, (eindeutig Arbeitsunfähige, Pensionierte usw.).

3.20 Bemühungen zur Verbesserung der Wohnsituation

	1977	1985	
bemüht sich darum	4,0 %	0,0 %	
bemüht sich teilweise darum	4,0 %	0,0 %	
bemüht sich nicht darum	2,0 %	1,8 %	
<u>Wohnsituation ist geregelt</u>	78,0 %	96,4 %	
keine Angaben	12,0 %	10,9 %	

3.21 Mitarbeiterbelastung durch die TZ-Benutzer

Bei diesen Werten gilt es zu bedenken, dass die einzelnen TZ-Mitarbeiter durch den gleichen TZ-Benutzer verschieden stark belastet werden, dies zeigte sich auch bei Fallbesprechungen mit dem TZ-Team. Erfasst wurden die in den Verlaufsblättern dokumentierten subjektiven Äusserungen der Mitarbeiter.

	1977	1985
extreme Belastung	2,0 %	1,8 %
starke Belastung	8,0 %	9,1 %
mittlere Belastung	28,0 %	20,0 %
geringe Belastung	24,0 %	36,4 %
kein Belastung	16,0 %	21,8 %
keine Angaben	20,0 %	10,9 %

3.22 Co-Therapeutfunktion der TZ-Benutzer

Es wurde untersucht, ob die TZ-Benutzer z.B. als Animatoren oder Gruppenleiter den Betrieb unterstützten. Der Anteil von TZ-Benutzern mit Co-Therapeutenfunktion schwankte zwischen 2,5 % (1980) und 13,3 % (1984).

4.DIE ZUWEISERANLIEGEN

4.1 Daten

4.1.1 Häufigkeit der Zuweiseranliegen bei allen TZ-Benutzern 1977-85, (TS = Tagesstruktur)

	n	%
TS und Wiedereingl. nach Hospitalisation	111	25,1
Krisenüberbrückung	85	19,2
davon psychotische Krisen ¹⁾	39	8,8
davon nicht psychotische Krisen ²⁾	46	10,4
Wiedereingl. n. Stellenverlust od. gescheitertem		
Arbeitsversuch sowie Arbeitssituationsabklärung	86	19,5
TS und Kontaktmöglichkeiten bei Isolation	66	14,9
TS Ferien/Wartezeit auf Stelle/Therapieplatz	32	7,2
TS bei Nachtklinikpatienten	58	13,1
Andere	4	0,9

1) davon 35 schizophrene Patienten in florider Psychose und je zwei Fälle von Psychotikern mit ausgeprägter manischer oder depressiver Symptomatik, die bei drei dieser vier Patienten die Hospitalisation erforderlich machte.

2) davon 24 Psychotiker, die sich nicht in einem psychotischen Schub befanden, sondern zum Zeitpunkt ihres Eintrittes ins TZ zum grössten Teil Schwierigkeiten im Zusammenhang mit ihrer Arbeit hatten, (z.B. Ueberforderung). Die restlichen Fälle waren Krisen bei neurotischen und Suchtpatienten, sowie akute Stressreaktionen.

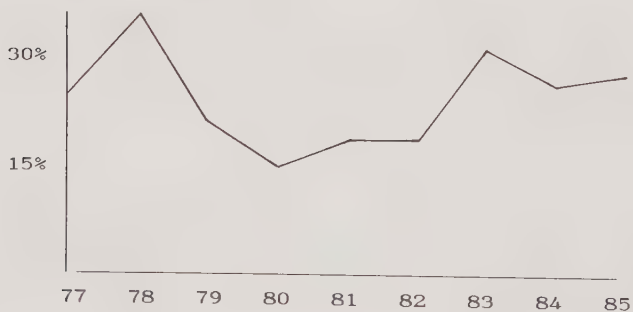
88 TZ-Benutzer (19,9 %), hatten neben dem Hauptanliegen noch ein definiertes zweites Anliegen. Dieses war in 51 Fällen (11,5.% aller TZ-benutzer) die berufliche Wiedereingliederung, in 10 Fällen (2,3 % aller TZ-Benutzer) die Entlastung der Angehörigen.

4.1.2 Die Verteilung der Zuweiseranliegen nach Jahren

	TS nach Hospit.	Krisen- überbr.	Wieder- eingl.	Isola- tion	Ferien/ Wartez.	Nachtkl. patient
1977	26,0 %	28,0 %	12,0 %	24,0 %	0,0 %	10,0 %
1978	38,5 %	12,8 %	15,4 %	17,9 %	5,1 %	2,6 %
1979	22,6 %	17,0 %	20,8 %	15,1 %	1,9 %	22,6 %
1980	15,0 %	15,0 %	27,5 %	20,0 %	5,0 %	17,5 %
1981	18,9 %	22,6 %	17,0 %	7,5 %	9,4 %	24,5 %
1982	18,9 %	24,5 %	20,8 %	11,3 %	5,7 %	14,0 %
1983	31,5 %	16,7 %	18,5 %	7,4 %	18,5 %	7,4 %
1984	26,7 %	15,6 %	20,0 %	13,3 %	11,1 %	13,3 %
1985	29,1 %	18,2 %	23,6 %	20,0 %	7,3 %	1,8 %
1977-85	25,1 %	19,2 %	19,5 %	14,9 %	7,2 %	13,1 %

4.1.3 Entwicklung der Häufigkeit der verschiedenen Zuweiseranliegen

TS und Wiedereingliederung nach Hospitalisation



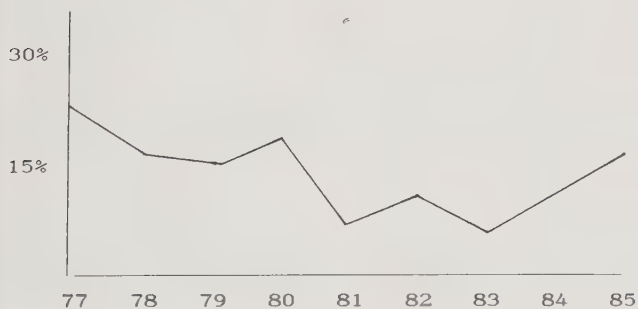
Krisenüberbrückungen



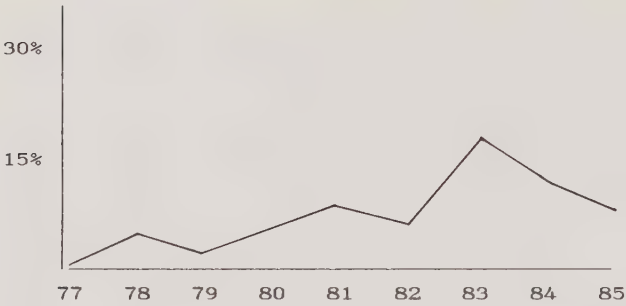
Wiedereingliederung nach Stellenverlust oder Arbeitsversuch, sowie Abklärung der Arbeitssituation



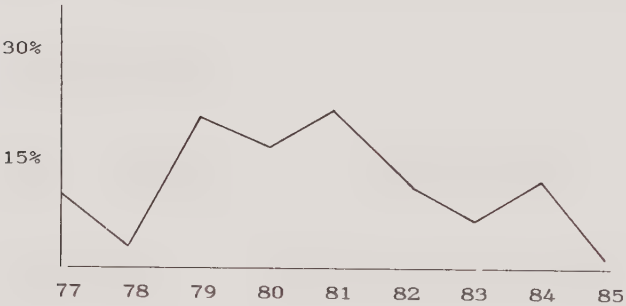
TS und Kontaktmöglichkeiten bei Isolation



TS in Ferien / Wartezeit auf Stelle / Therapieplatz



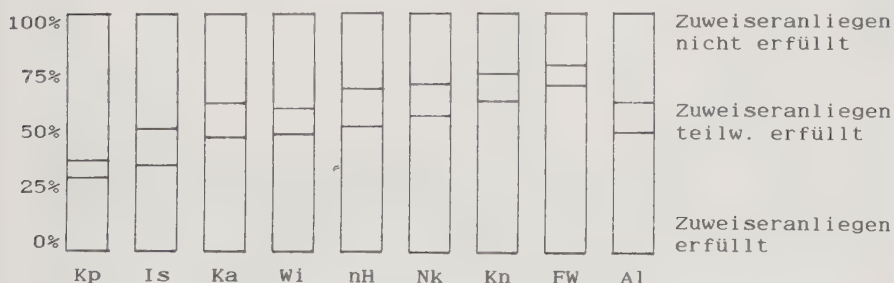
TS bei Nachtklinikpatienten



4.1.4 Die Erfüllung der einzelnen Zuweiseranliegen (Mittelwerte der Jahre 1977-1985)

Wie die folgenden Werte zeigen, bestehen erhebliche Unterschiede bei der Erfüllung der einzelnen Zuweiseranliegen. Diese sind im Gegensatz zu den Unterschieden bei der Erfüllung der Zuweiseranliegen bei den einzelnen Diagnosegruppen, (vergl. 4.1.5) signifikant.

	Anliegen erfüllt	Anliegen teilw. erfüllt	Anliegen nicht erfüllt
TS in Ferien oder Wartezeit (FW)	75,0 %	6,3 %	18,8 %
TS bei Nachtklinikpatient (NK)	60,3 %	13,8 %	25,9 %
TS u. Wiedereingl. n. Hospital. (nH)	54,1 %	18,0 %	27,9 %
Berufliche Wiedereingliederung (Wi)	50,0 %	10,5 %	39,5 %
Krisenüberbrückungen alle (Ka)	49,4 %	11,8 %	38,8 %
davon psychotische Krisen (Kp)	30,7 %	7,7 %	61,5 %
davon nicht psychotische (Kn)	65,2 %	10,9 %	23,9 %
Ts und Kontakte bei Isolation (Is)	34,8 %	16,7 %	48,5 %
alle TZ-Benutzer (Al)	51,8 %	13,7 %	34,5 %

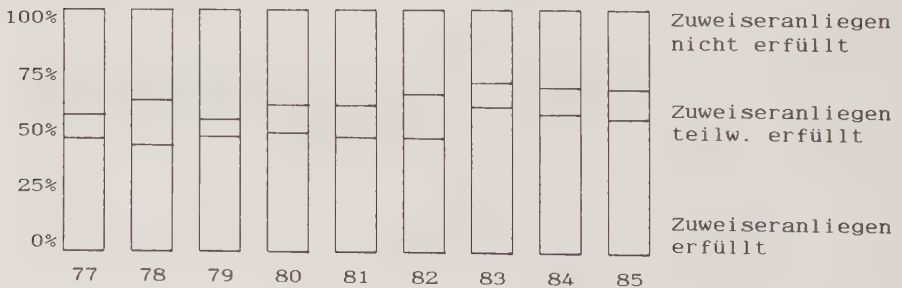


4.1.5 Erfüllung des Zuweiseranliegens bei den Diagnosegruppen
(mit ICD-Nummern)

		ganz erfüllt	teilw. erfüllt	nicht erfüllt
Schizophrenien	295	50,0 %	13,5 %	36,5 %
Man.-Depressiv	296	57,1 %	11,9 %	31,0 %
Neurosen	300	52,2 %	15,2 %	32,6 %
Sucht	303-5	43,5 %	13,0 %	43,5 %
Andere		57,9 %	10,5 %	31,6 %
alle		51,6 %	13,1 %	35,3 %

4.1.6 Erfüllung des Zuweiseranliegens nach Jahren

	Zuweiseranliegen erfüllt	Zuweiseranliegen teilw. erfüllt	Zuweiseranliegen nicht erfüllt
1977	46,0 %	12,0 %	42,0 %
1978	43,6 %	20,5 %	35,9 %
1979	47,2 %	7,5 %	45,3 %
1980	50,0 %	12,5 %	37,5 %
1981	47,2 %	15,1 %	37,7 %
1982	47,2 %	18,9 %	32,0 %
1983	63,0 %	11,1 %	25,9 %
1984	57,8 %	11,1 %	31,1 %
1985	56,4 %	12,7 %	30,9 %
1977-85	51,8 %	13,7 %	34,6 %



4.1.7 Gründe für das nicht bzw. nur teilweise Erfüllen des Zuweiseranliegens

Von den 1977 bis 1985 zugewiesenen 442 TZ-Benutzern konnte in 151 Fällen das Zuweiseranliegen nicht, in 59 Fällen nur teilweise erfüllt werden. Die Gründe dafür sind folgende, (wegen Mehrfachantworten ergibt die Summe mehr als 100%):

TZ-Benutzer will nicht mehr kommen	55,6 %
TZ-Benutzer muss hospitalisiert werden	32,5 %
kein Anschlussprogramm	25,6 %
disziplinarische Abmeldung	16,5 %
vom TZ überfordert	15,0 %
Suchtprobleme	3,8 %
ist nicht kooperativ	3,1 %
somatische Probleme	2,5 %
andere Gründe	16,3 %

4.2 Anschluss an den Klinikaufenthalt

4.2.1. Daten der TZ-Benutzer mit dem Zuweiseranliegen Tagesstruktur und Wiedereingliederung nach Hospitalisation

Ueber 70% der TZ-Benutzer von 1977-1985 waren schon einmal in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert. 111 von ihnen (25,1.% aller TZ-Benutzer) kamen direkt nach einem Klinikaufenthalt ins TZ. Ihre Zuweiser waren in 65,8 % die Psychiatrische Universitätsklinik, in 13,5 % der Sozialpsychiatrische Dienst und in 20,7 % andere Stellen. Die Verteilung auf die einzelnen Diagnosegruppen zeigte einen erniedrigten Anteil von neurotischen Patienten sowie einen erhöhten Anteil von psychotischen Patienten gegenüber der Diagnoseverteilung aller TZ-Benutzer.

Nach dem TZ-Aufenthalt wohnten 64,9 % der Klinikentlassenen in ihrer Wohnung oder ihrem Zimmer, 11,7 % in einer betreuten WG oder betreutem Wohnheim, 2,7 % in einer Nachtklinik und 20,7 % mussten wieder hospitalisiert werden. 30,6 % hatten eine Arbeitsstelle, 11,7 % arbeiteten in einer geschützten Werkstatt, 8,1 %

waren Hausfrauen, 4,5 % wechselten in die Tagesklinik, 19,8 % blieben arbeitsunfähig, wie auch die 20,7 % der wieder Hospitalisierten. Von 4,5 % liegen keine Angaben zur Tagesstruktur nach dem TZ-Aufenthalt vor.

Bei 54,1 % der Klinikentlassenen TZ-Benutzer konnte das Zuweiseranliegen ganz, bei 18,0 % teilweise und bei 27,9 % nicht erfüllt werden. Damit lagen die Erfolgsquoten dieser Gruppe leicht über dem Durchschnitt derjenigen aller TZ-Benutzer.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug mit 39 Tagen 7 Tage mehr, als die aller TZ-Benutzer.

4.2.2 Probleme nach der Klinikentlassung

Unter der Gruppe der Klinikentlassenen TZ-Benutzer befinden sich besonders viele chronisch psychotische Patienten. Die meisten von ihnen zeigen nicht die Symptome einer floriden produktiven Psychose, sondern sogenannte negative oder Minussymptome. Diese bestehen nach Wing (1981) aus Verlangsamung, Hypomanie, Müdigkeit, mangelndem Selbstvertrauen und affektiver Verflachung. Hinzu kommen sekundäre Behinderungen, von vielen Autoren auch Hospitalismus oder Institutionalismus genannt. Darunter wird das typische Versinken in amorpher Passivität, Willen- und Interesselosigkeit als Folge mangelnder sozialer Anregung in psychiatrischen Institutionen verstanden (Ciompi et al., 1977). Diese Patienten tendieren zu sozialem Rückzug und langfristigem Verweilen in den Kliniken, wo ein Minimum an Anforderungen an sie gestellt wird. Sie scheinen sich mit ihrem Leben in der Klinik abgefunden zu haben und verlernen gleichzeitig viele wichtige soziale und berufliche Fähigkeiten. Ueberstimulation, z.B. durch eine Klinikentlassung, kann bei ihnen zu vermehrter Angst, Spannung und Erregung und damit zum Wiederaufflammen der produktiven psychotischen Symptome führen (Wing, 1970).

Andere Klinikentlassene gehören zu den sogenannten "Drehtürpatienten", die weder innerhalb noch ausserhalb der Institutionen eine Bleibe finden, und zwischen Unter- und Ueberforderung hin- und hergerissen werden (Uchtenhagen, 1973). Bei

ihnen gilt es, den Zyklus von Hospitalisation, Klinikentlassung mit anschliessender Depression und erneuter Hospitalisation zu durchbrechen.

Für die Rehabilitation von hospitalisierten Patienten eignet sich ein Rehabilitationsdienst, der über eine Kette von Institutionen verfügt und im Arbeits- und Wohnbereich eine graduelle Wiedereingliederung erlaubt.

4.2.3 Was kann das TZ dem Spitalentlassenen bieten ?

Vorraussetzung für den TZ-Besuch nach dem Klinikaufenthalt ist eine gewisse Selbstständigkeit im Wohnbereich. Der Besuch des TZ's noch während der Hospitalisation ist nur in Ausnahmefällen und als zeitlich begrenzte Uebergangslösung möglich.

Die Anforderungen an den Klinikentlassenen können im TZ den jeweiligen individuellen Bedürfnissen angepasst werden. Am Anfang des TZ-Aufenthaltes kann mit Hilfe der Halbtagesstruktur in der familiären Atmosphäre des TZ's dem Entlassungsschock oder der Entlassungsdepression vorgebeugt werden. Wichtig ist die Vermeidung von Ueberforderung; Wing (1970) entwickelte das Konzept der optimalen Stimulierung. Die zuerst einzige Anforderung kann z.B. darin bestehen, pünktlich zu erscheinen.

Für eine erfolgreiche Klinikentlassung und Wiedereingliederung bedarf es Zeit und einer sorgfältigen Planung. Der Klinikentlassene kann mit dem TZ-Team die nächsten Rehabilitationsschritte besprechen und auf ihre Realitätsbezogenheit überprüfen. Beim gemeinsamen Kochen, Einkaufen usw. können für das tägliche Leben notwendige Fähigkeiten, die während des Klinikaufenthaltes teilweise verlorengegangen sind, wieder geübt werden.

Neben der Verarbeitung des Entlassungsschockes ist die berufliche Zukunft für viele problematisch. Das TZ-Team, mit seinem Ueberblick über das Angebot an geschützten Arbeitsplätzen der Region, kann dort, wo der Einstieg in das normale Berufsleben nicht möglich ist, wertvolle Hinweise geben. Mehr zum Thema berufliche Wiedereingliederung siehe unter 4.4.

4.2.4 Alternativen zum TZ für den Klinikentlassenen

Dem Klinikentlassenen stehen neben dem TZ wenige Alternativen, wie etwa die Tagesklinik oder die ambulanten Ergotherapien (siehe unter 6. Alternativen) zur Verfügung. Noch immer müssen Patienten länger hospitalisiert werden, als dies nötig wäre. Viele Klinikpatienten steigen trotz der Gefahr der Ueberforderung direkt ins Berufsleben ein, oder müssen ohne konkrete Zukunftspläne aus der Klinik entlassen werden (in der Regel weil die Patienten nicht länger zurückgehalten werden können).

4.3 Krisenüberbrückung

4.3.1 Daten der TZ-Benutzer mit Zuweiseranliegen Krisenüberbrückung

85 TZ-Benutzer (19,2 % der gesamten TZ-Population von 1977-1985) kamen zur Krisenüberbrückung ins TZ. Bei den Krisen handelte es sich in 39 Fällen um psychotische Krisen, mit eindeutig produktiver Symptomatik, in 25 Fällen standen Probleme im Zusammenhang mit der Arbeit im Vordergrund, 21 der Fälle hatten andere Ursachen. 62,4 % der Krisenüberbrückungsfälle wurden durch den SPD, 17,6 % durch private Aerzte und 20,0 % durch andere Stellen zugewiesen. Die Verteilung aller Krisenüberbrückungsfälle auf die verschiedenen Diagnosegruppen entsprach derjenigen aller TZ-Benutzer, auch bei den Patienten mit aktuell nicht psychotischen Krisen betrug der Anteil der Patienten mit der früheren Diagnose einer Psychose gut die Hälfte.

Nach dem TZ-Aufenthalt hatten 32,2 % wieder eine Arbeitsstelle, 6,9 % fanden in einer geschützten Werkstatt Aufnahme, 4,7 % waren Hausfrauen, Rentner, 10,7 % ohne genauere Angaben, 22,2 % blieben arbeitsunfähig zu Hause und 23,3 % mussten hospitalisiert werden. Die Wohnsituation zeigte sich ausser bei den Hospitalisierten wenig verändert.

Bei den nicht-psychotischen Krisen konnten 62,2 % der Zuweiseranliegen ganz, 10,9 % teilweise und 23,9 % nicht erfüllt

werden. Bei den psychotischen Krisen sehen die Resultate mit 30,7 % ganz, 7,7 % teilweise und 61,5 % nicht erfüllten Zuweiseranliegen deutlich schlechter aus (vergl. 4.1.4).

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei den Fällen mit Krisenüberbrückung beträgt 30 Tage, was leicht unter dem Durchschnitt aller TZ-Benutzer liegt.

4.3.2 Der Mensch in der Krise

Krisen können durch unterschiedlichste Ereignisse oder Umstände ausgelöst werden. Dörner (1983) spricht z.B. von Leistungs-, Entwicklungs-, Midlife-, Selbstwert-, Partnerschafts-, Angst-depressiver, manischer, paranoider, usw. Krise. Wenn die Krise eine Zuspitzung langandauernder Konflikte darstellt, sind äussere Anlässe manchmal geringfügig. Krisen werden von den Betroffenen als akut bedrohliche und ausweglose Situationen erlebt, die durch das Versagen bisheriger Konflikt- und Problemlösungsmethoden gekennzeichnet sind.

Menschen in Krisen können Verunsicherung, Angst, Schuld, Trauer, ohnmächtige Wut oder Hilflosigkeit spüren. Sie sind leistungsunfähig und handeln wenig effektiv. Ihre starke innere Gespanntheit kann sich unterschiedlich äussern (Pörksen, 1970). Gelingt die Bewältigung der Krise nicht, sind langwierige psychische Leiden, wie depressive Verstimmung, psychosomatische Störungen, abnorme Trauerreaktionen, Alkohol- und Tablettenmissbrauch und anderes die Folge.

Krisen können auch ein Anstoss zu wichtigen Veränderungen und Neuorientierungen sein und den Charakter einer Herausforderung haben. Sie spielen bei kreativen Prozessen eine wesentliche Rolle und finden bei begabten Menschen ihren Ausdruck in künstlerischer Gestaltung.

4.3.3 Die Funktion des TZ bei Krisenüberbrückungen

Zur Ueberbrückung einer akuten suizidalen Krise ist das TZ nicht geeignet, hier bedarf es meistens einer Hospitalisation.

Nach Vaughn (1976) ist das Rückfallrisiko für Schizophrene mit kritischen oder überengagierten Angehörigen ("expressed emotions"), deutlich erhöht. Die Gefahr einer psychotischen Krise kann schon alleine durch die Verringerung des täglichen Gesichtskontaktes mit diesen Angehörigen erheblich gesenkt werden. Mit dem TZ-Aufenthalt kann der Mensch in der Krise z.T. dem ihm unerträglichen Krisenfeld entzogen werden, z.T. ihm aber auch ausgesetzt bleiben. Die Krisenbewältigung ist so an der Alltagswirklichkeit orientiert und der TZ-Benutzer kann die präventiv wichtige Erfahrung machen, seine Krise im eigenen Umfeld zu nutzen und zu bewältigen (Dörner, 1983).

Das TZ-Team versucht ein Klima zu schaffen, in dem die aktive Auseinandersetzung mit der Krise und das Zulassen der erlebten Gefühle stattfinden kann. Dazu müssen allerdings Kooperationsfähigkeit und Selbstkontrolle des TZ-Benutzers noch in gewissem Umfang erhalten sein. Die individuelle Aufarbeitung der anstehenden Konflikte übersteigt oft die Betreuungskapazität des TZ-Teams und muss dann mit Hilfe des externen Therapeuten oder Arztes des TZ-Benutzers stattfinden.

4.3.4 Alternative Angebote zur Krisenüberbrückung

Bei der Bewältigung von Krisen können auch Laien entscheidende Hilfe bieten. Verständige und vertrauenswürdige Personen aus dem Bekanntenkreis oder Beziehungspartner werden oft als erste um Rat gefragt. Daneben können ein Psychotherapeut, der Hausarzt, ein Psychiater oder Pfarrer hinzugezogen werden. Wird der Rahmen einer Institution benötigt, steht neben dem TZ und den ambulanten Ergotherapien seit Herbst 1986 das Kriseninterventionszentrum des Bezirksärzte-Verbandes zur Verfügung. Die Hospitalisation sollte für die meisten Fälle von Krisenüberbrückung erst in Betracht gezogen werden, wenn keine Alternative in Frage kommt.

4.4 Berufliche Wiedereingliederung

4.4.1 Daten der TZ-Benutzer mit den Zuweiseranliegen berufliche Wiedereingliederung oder Abklärung der Berufssituation

Zu den TZ-Benutzern mit dem Zuweiseranliegen Wiedereingliederung nach Stellenverlust oder misslungenem Arbeitsversuch wurden auch jene, mit dem Zuweiseranliegen Abklärung der Berufs- und Wohnsituation gezählt, da bei dieser Gruppe fast immer die Berufs- und selten die Wohnsituation im Vordergrund stand. Es handelte sich bei dieser Gruppe um Menschen, die seit längerer Zeit arbeitsunfähig zu Hause geblieben waren.

Somit standen bei 86, oder 19,5 %, der TZ-Benutzer von 1977 bis 1985 bei der Zuweisung Berufsprobleme im Vordergrund. Von den TZ-Benutzern mit Zuweiseranliegen beruflicher Wiedereingliederung wurden 43,2 % durch den SPD, 14,8 % durch die psychiatrische Poliklinik, 13,6 % durch einen privaten Arzt und 18,5 % durch andere Stellen zugewiesen. 9,9 % kamen von sich aus ins TZ.

Bei der Verteilung auf die Diagnosegruppen zeigte sich ein überdurchschnittlicher Anteil von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und organischen Psychosen.

Nach dem TZ-Aufenthalt hatten von den TZ-Benutzern mit dem Zuweiseranliegen berufliche Wiedereingliederung 24,1 % eine Arbeitsstelle, 24,1 % arbeiteten in einer geschützten Werkstatt, 4,8 % waren wieder arbeitsfähig, aber noch auf Stellensuche, 31,3 % blieben weiterhin arbeitsunfähig zu Hause, 4,8 % wechselten in die Tagesklinik, 4,8 % mussten hospitalisiert werden, bei 6,0 % lagen keine Angaben zur Berufssituation nach dem TZ-Aufenthalt vor. Nach dem TZ-Aufenthalt war die Tagesstruktur bei 51,3 % besser, bei 35,4 % gleich unbefriedigend und bei 7,3 % schlechter als vor dem TZ-Aufenthalt, 6,0 % waren ohne Angaben. Die Wohnsituation änderte sich bei diesen TZ-Benutzern nur minimal.

50,0 % der Zuweiseranliegen berufliche Wiedereingliederung oder Abklärung konnten ganz, 10,5 % teilweise und 39,5 % nicht erfüllt werden. Diese Werte liegen leicht unter den Durchschnittswerten aller TZ-Benutzer. Die Aufenthaltsdauer der TZ-Benutzer dieser Gruppe war mit 39 Tagen 7 Tage über dem Durchschnitt der gesamten TZ-Population.

4.4.2 Berufliche Wiedereingliederung

Die soziale Welt des Erwachsenen dreht sich in erster Linie um den Beruf. Arbeit ist eine Gruppenaktivität, die persönliche Anerkennung, gesellschaftlichen Status, Dazugehörigkeitsgefühl und geregeltes Einkommen vermitteln kann. Berne (1966) ist der Auffassung, dass Menschen ausser Anerkennung auch der Strukturierung ihrer Zeit bedürfen. Er stellt fest, dass die verbreitetste, praktischste, bequemste und nützlichste Methode zur Strukturierung der Zeit die Arbeit sei.

Daraus lässt sich die Bedeutung der beruflichen Wiedereingliederung für den psychisch Kranken ansehen. Bennett (1981) fordert, dass die Rehabilitation dem psychisch Behinderten ermöglichen sollte, seine verbleibenden Kräfte in einem möglichst normalen Rahmen, möglichst effektiv einzusetzen. Der Prozess der Rehabilitation kann Monate bis Jahre dauern. Die Daten aus dem TZ zeigen, dass es für viele chronische psychisch Kranke unmöglich ist, in die normale Arbeitswelt zurückzukehren. Ihnen gilt es, mit einer für sie befriedigenden Tätigkeit eine geregelte Tagesstruktur zu vermitteln, um eine drohende Verschlimmerung der Behinderung zu vermeiden.

4.4.3 Stellenwert des TZ bei der beruflichen Wiedereingliederung

Schwierigkeiten beim Aufstehen, oder dem Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel verunmöglichen am Anfang vielen TZ-Benutzern das pünktliche Erscheinen, eine Voraussetzung für die spätere Arbeitsaufnahme. Mit dem TZ-Team können diese Schwierigkeiten

besprochen und gefundene Lösungen ausprobiert werden. Für die Arbeitsaufnahme ist fehlende Ausdauer ein weiteres Hindernis. Ausdauer kann im TZ bei Tätigkeiten wie malen, basteln, nähen und anderen auftrainiert werden. So erreichte Fortschritte erhöhen das Selbstvertrauen und das Gefühl, Aufgaben bewältigen zu können. Dabei ist jede Ueberforderung zu vermeiden, um nicht eine Flucht in die Krankheit oder andere Formen des Rückzugs zu provozieren (Uchtenhagen, 1973). Je individueller die Anforderungen auf die Bedürfnisse des TZ-Benutzers abgestimmt werden können, desto grösser sind die Chancen für seine Gesundung. Gemeinsame Aktivitäten vermitteln ein Gruppenerlebnis, das spätere Beziehungen am Arbeitsplatz zu Mitarbeitern und Vorgesetzten erleichtern kann.

TZ-Benutzer, die wieder arbeitsfähig geworden sind, benötigen bei der Stellensuche oft Hilfe vom TZ-Team, um Lebensläufe und Bewerbungen zu schreiben, oder Vorstellungsgespräche zu üben.

Diskussionen mit den TZ-Mitarbeitern und TZ-Mitbenutzern helfen Patienten, die nicht mehr voll erwerbstätig sind, ihren beruflichen Abstieg oder die Teilinvalidisierung zu verarbeiten. Mit dem Besuch in einer geschützten Werkstatt können ablehnende Haltungen solchen Institutionen gegenüber verändert und die Bereitschaft, sich mit einer bescheideneren Tätigkeit zufrieden zu geben, gefördert werden.

4.4.4 Alternative Angebote zur beruflichen Wiedereingliederung

Alternative Einrichtungen für die berufliche Wiedereingliederung sind die Tagesklinik und der Berufsförderungskurs (BFK) des SPD's, die geschützten Werkstätten, wie auch das Winterthurer Tageszentrum. (Beschreibung dieser Institutionen siehe unter 6. Alternativen zum TZ).

4.5 Kontaktmöglichkeit

4.5.1 Daten der TZ-Benutzer mit Zuweiseranliegen Tagesstruktur und Kontaktmöglichkeit bei Isolation

66 (14,9 %) aller TZ-Benutzer von 1977-1985 hatten dieses Zuweiseranliegen. Von ihnen wurden 54,5 % durch den SPD, 12,1 % durch die Psychiatrische Poliklinik, 15,2 % durch einen privaten Arzt und 18,2 % durch andere Stellen zugewiesen. Ihre Verteilung auf die einzelnen Diagnosegruppen entsprach derjenigen aller TZ-Benutzer.

Nach dem TZ-Aufenthalt hatten 37,9 % dieser Zuweisergruppe guten, 19,7 % wenig und 34,8 % keinen Kontakt im TZ, bei 7,6 % lagen keine Angaben vor. Verglichen mit den Werten bei Eintritt ins TZ verbesserte sich das Kontaktverhalten bei 12,1 % dieser TZ-Benutzer, bei den anderen blieb es unverändert.

Nach dem TZ-Aufenthalt hatten von den TZ-Benutzern mit dem Zuweiseranliegen "Kontaktmöglichkeiten bei Isolation" 13,6 % eine Arbeitsstelle, 15,1 % arbeiteten in einer geschützten Werkstatt, 12,1 % waren Hausfrauen, Rentner, oder besuchten Kurse, 3,0 % wechselten in die Tagesklinik, 31,8 % blieben weiterhin arbeitsunfähig zu Hause und 10,6 % mussten hospitalisiert werden. Bei 13,6 % lagen keine Angaben zur Tagesstruktur nach dem TZ-Aufenthalt vor. Die Wohnsituation veränderte sich wenig, fast zwei Drittel wohnten alleine.

Bei der Gruppe mit diesem Zuweiseranliegen war der Anteil derer, die nicht mehr kommen wollten und weg blieben mit 39,4 % besonders hoch. Das Zuweiseranliegen Tagesstruktur und Kontaktmöglichkeiten bei Isolation konnte in 34,8 % der Fälle ganz, in 16,7 % der Fälle teilweise und in 48,5 % der Fälle nicht erfüllt werden. Diese Werte sind die zweitschlechtesten aller Zuweiseranliegen (Gründe dafür werden unter 7. Diskussion aufgeführt).

4.5.2 Der isolierte Mensch

Meier und Schneider (1982) vergleichen 114 Erfolgsdefinitionen für Rehabilitation aus der Literatur mit den in Interviews erhobenen Bedürfnissen einer Gruppe von Rehabilitanden. Während in der Literatur eine normalbezahlte Berufsausübung das wichtigste Erfolgskriterium für die Rehabilitation darstellt, erwähnen die meisten befragten Rehabilitanden vor dem Arbeits- und Berufsbereich den Beziehungsbereich. Zentral ist ihr Wunsch nach einer Zweierbeziehung, ebenfalls häufig wird das Bedürfnis nach einer Vertrauensperson geäußert. In der Literatur finden die Autoren keine einzige Definition, die eine Zweierbeziehung als Rehabilitationserfolg erwähnt, und formulieren die Hypothese, dass das grösste Problem der zu rehabilitierenden Personen das Fehlen eines Beziehungspartners ist.

Ciampi (1984) fand, dass fast die Hälfte von schizophrenen Patienten nach fünf Jahren noch schwere oder mittlere Behinderungen aufwiesen. Viele von ihnen leben zwar nicht mehr in Institutionen, verbringen ihre Zeit aber passiv zu Hause ohne Interessen im sozialen Bereich und vereinsamen zunehmend. Uchtenhagen (1985/3) schildert ihr Alltagsleben als Vita minima, mit eingeschränkten sozialen Kontakten, bescheidener Lebensfreude, überwiegend mühsamer beruflicher Existenz oder Arbeitslosigkeit. Die moderne psychiatrische Behandlung nimmt vielen von ihnen ihre offensichtliche Patientenrolle und versperrt ihnen mit der neuroleptischen Behandlung den Weg in die produktive Symptomatik, so dass ihnen oft nur der Rückzug in ein alle Aufregungen und Veränderungen vermeidendes, ängstliches, oft subdepressives Verharren bleibt. Es wird bereits von einem Hospitalismus ausserhalb des Spitals gesprochen.

4.5.3 Stellenwert des TZ für den isolierten Menschen

Das TZ-Team versucht ein offenes, angstfreies Klima zu schaffen, das es dem in sich zurückgezogenen TZ-Benutzer erlaubt,

sich langsam zu öffnen und zwanglos mit anderen den Kontakt aufzunehmen. Gemeinsame Unternehmungen wie Spiele, Basteln oder Ausflüge senken die Hemmschwelle, jemanden anzusprechen. Das tägliche Einkaufen und Zubereiten des Mittagessens in Zweier- oder Dreiergruppen bietet das Erlebniss der Teamarbeit. Nach Zimmer und Uchtenhagen (1979) sollte es das oberste Ziel sozialtherapeutischer Gruppenarbeit sein, während der Rehabilitation das Erlebnis zu ermöglichen, sich in einer Gruppe wohlfühlen und im Austausch mit den anderen Anregung und Erweiterung zu gewinnen.

In der wöchentlichen Gesprächsgruppe kann der TZ-Benutzer lernen, mit anderen zu diskutieren, den anderen annehmen zu können und Ängste oder Frustrationen zu äussern. Die so gelernten Interaktionsmuster kann er in seiner äusseren Realität anwenden. Immer wieder überraschen die Gruppengesprächsbeiträge von sonst isolierten TZ-Benutzern das TZ-Team. (Darstellung dieser Gesprächs-gruppe siehe unter 2.3.5 Das Gruppengespräch).

Die TZ-Mitarbeiter ermutigen die TZ-Benutzer, ihre im TZ angeknüpften Beziehungen bei gemeinsamen Unternehmungen am Nachmittag zu erweitern. So entwickeln sich aus TZ-Bekanntschaften nicht selten weiterdauernde Freundschaften.

4.5.4 Alternative Angebote zur Kontaktaufnahme

Die Angebote, psychisch Kranken aus ihrer Isolation heraus zu helfen, sind nicht leicht überschaubar und ändern sich ständig. Neben den unter 6. aufgeführten Institutionen gibt es noch öffentliche und private Organisationen, die Treffpunkte, Clubs, Gruppen und anderes mehr unterhalten. (Siehe auch im Handbuch über das Zürcher Sozialwesen, 4. Auflage.)

4.6 Nachtklinikpatienten

4.6.1 Daten zu den Nachtklinikpatienten im TZ

58 (13,1 %) aller TZ-Benutzer von 1977-1985 hatten das Zuweiseranliegen Tagesstruktur bei Nachtklinikpatienten. 74,1 % von ihnen kamen aus der Nachtklinik Klusstrasse, 25,9 % aus der Nachtklinik Hochstrasse. Drei Viertel der Nachtklinikpatienten im TZ hatten die Diagnose Schizophrenie, was über dem Schnitt der gesamten TZ-Population liegt.

Nach dem Aufenthalt im TZ hatten 31,0 % der Nachtklinikpatienten eine Arbeitsstelle, 19,0 % arbeiteten in einer geschützten Werkstatt, 10,3 % besuchten Kurse oder gingen auf Reisen, 20,7 % hatten kein Anschlussprogramm, 13,8 % mussten hospitalisiert werden, zu 5,2 % liegen keine Angaben vor. 74,1 % wohnten weiterhin in den beiden Nachtkliniken.

60,3 % der Zuweiseranliegen konnten ganz, 13,8 % teilweise und 25,9 % nicht erfüllt werden. Diese Resultate sind deutlich besser als die Durchschnittswerte aller TZ-Benutzer. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Nachtklinikpatienten im TZ betrug mit 19 Tagen 13 Tage weniger, als die aller TZ-Benutzer.

4.6.2 Der Nachtklinikpatient

Die Nachtklinik ist für jene Patienten gedacht, die durch eine Arbeitsstelle des freien Arbeitsmarktes oder einer geschützten Werkstatt bereits über eine geregelte Tagesstruktur verfügen, im Wohnbereich aber noch auf Unterstützung angewiesen sind. Das unbürokratische Aufnahmeverfahren ins TZ führte dazu, dass etliche Nachtklinikpatienten mit problematischer Tagesstrukturierung ins TZ geschickt wurden, was den Anteil an Nachtklinikpatienten im TZ bis Anfang der 80er Jahre auf über zwanzig Prozent ansteigen liess. Da es nicht Aufgabe des TZ's ist, den Nachtklinikpatienten zur fehlenden Tagesstruktur zu verhelfen, und bei diesen Patienten zuerst einmal untersucht werden sollte, ob der Nachtklinkaufenthalt trotz fehlender Tagesstruktur noch indiziert ist, entschied sich das TZ-Team,

ihre Aufnahme ins TZ restriktiver d.h. mit umrissener Indikation und Zielsetzung zu handhaben und ihren TZ-Aufenthalt auf vier Wochen zu beschränken. Dies hat zu einer deutlichen Abnahme dieser Gruppe geführt. Das TZ eignet sich am ehesten für jene Nachtklinikpatienten, bei denen der TZ-Aufenthalt eine Ersatzstruktur bietet für eine krisenbedingte vorübergehende Arbeitsunfähigkeit.

4.7 Ersatztagesstruktur während der Warte- oder Ferienzeit

4.7.1 Daten der Warte- und Ferienzeit TZ-Benutzer

32 oder 7,2 % aller TZ-Benutzer hatten das Zuweiseranliegen Tagesstruktur während der Ferien oder der Wartezeit auf eine Arbeitsstelle oder auf einen Therapieplatz. Von diesen TZ-Benutzern wurden 43,8 % durch den SPD, 31,3 % durch den Hausarzt, 18,8 % durch die psychiatrische Poliklinik und 6,2 % durch andere Stellen zugewiesen.

Nach dem TZ-Aufenthalt hatten 31,3 % eine Arbeitsstelle, 18,8 % arbeiteten in einer geschützten Werkstatt, 9,4 % gingen in die Tagesklinik, 6,2 % absolvierten den Berufsförderungskurs, 9,4 % andere Kurse, 21,9 % konnten das vereinbarte Anschlussprogramm nicht absolvieren, bei 3,1 % lagen keine Angaben vor. Die Wohnsituation dieser TZ-Benutzer blieb im grossen und ganzen unverändert. Die Verteilung auf die Diagnosegruppen unterschied sich kaum von derjenigen der gesamten TZ-Population.

Von diesen Zuweiseranliegen konnten 75,0 % ganz, 6,3 % teilweise und 18,8 % nicht erfüllt werden. Das sind die besten Werte aller Zuweiseranliegen. Die Warte- oder Ferienzeit dieser TZ-Benutzer dauerte im Durchschnitt 19 Tage.

4.7.2 Ferien- und Wartezeit für den psychisch Behinderten

Angaben zur Freizeit, die etwa bei der Hälfte dieser Gruppe vorliegen, zeigen, dass für die meisten von ihnen die Freizeitgestaltung problematisch ist. Ihnen droht ohne die

Tagesstruktur ihres Arbeitsplatzes eine Krise, die es durch den TZ-Aufenthalt zu verhindern gilt. Dass diese TZ-Benutzer mit ihren "Ferien" im TZ zufrieden sind, zeigt der überdurchschnittlich hohe Anteil an Wiederaufnahmen dieser Gruppe.

5. DREI FALLBEISPIELE

Im Verlaufe des TZ-Aufenthaltes kann es sich zeigen, dass ausser dem Zuweisungsanliegen noch andere Anliegen vorhanden sind. So gab es z.B. etliche Fälle von Krisenüberbrückungen, bei denen sich später das Problem der beruflichen Wiedereingliederung stellte, oder Fälle von Spitalentlassenen, bei denen wegen des Entlassungsschockes eine Krise auftrat. Auch die drei ausgesuchten Beispiele zeigen, wie vielschichtig die Problematik der meistens TZ-Benutzer ist. Ihre Zuweiseranliegen waren Tagesstruktur nach Klinikentlassung und Ueberbrückung einer Krise wegen Vereinsamung bei zwei Frauen mit langer Krankheitsgeschichte und mehreren Hospitalisationen, und ein Fall einer beruflichen Wiedereingliederung bei einem noch nicht hospitalisierten Patienten, der von den Angehörigen und einem Psychiater betreut wurde. Um die Anonymität der drei TZ-Benutzer zu wahren sind einige Fakten verändert worden.

Krisenüberbrückung und Kontaktmöglichkeit bei Frau X

Frau X wird von einer Sozialarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes zur Ueberbrückung einer Krise infolge zunehmender Isolation ins TZ verwiesen, das sie von zwei früheren Aufenthalten kennt. Bis einige Wochen vor Eintritt ins TZ besuchte sie jeweils morgens für drei Stunden eine ambulante Ergotherapie. Seit sie nicht mehr dorthin geht, hat sie ihre Neubauwohnung in einem grossen Vorortswohnblock nicht mehr verlassen und isolierte sich immer mehr von ihrer Umwelt. Zu Familienangehörigen hat sie keinerlei Kontakt mehr. Sie führt in ihrer Wohnung lange Selbstgespräche, fühlt sich dort bedroht und kommt schliesslich in eine paranoide Krise.

Bei Eintritt ins TZ ist Frau X eine 62-jährige, liebenswürdige Dame, die grosse Schwierigkeiten hat, sich auszudrücken und mit den anderen TZ-Benutzern ins Gespräch zu kommen. Dabei ist Frau X eine sehr differenzierte Frau, die regelmässig in ihr Tagebuch und manchmal Leserbriefe für Lokalzeitungen schreibt.

Beim Vertragsgespräch wird klar, dass Frau X erwartet, dass die anderen TZ-Benutzer sich ihr zuwenden. Das TZ-Team diskutiert mit Frau X, wie sie im TZ Kontakt aufnehmen könnte. Sie soll sich auch Gedanken über die Gestaltung des Tagesablaufes nach ihrem TZ-Aufenthalt machen.

Nach einer Woche fällt dem TZ-Team auf, dass Frau X verspätet ins TZ kommt. Darauf angesprochen, teilt Frau X mit, man habe versucht, sie in ihrer Wohnung zu vergasen, darum wohne sie jetzt im verlassenen Gartenhäuschen ihrer Schwester. Das TZ-Team versucht einerseits mehr über die Entstehung dieser von Frau X als real empfundenen Bedrohung herauszufinden, andererseits stellen die TZ-Mitarbeiter auch die Frage, ob es im ungeheizten Gartenhäuschen um diese Jahreszeit nicht viel zu kalt sei, und Frau X sich erkälten könnte. Daraufhin überdenkt sie noch einmal die Argumente und entschliesst sich, wieder in ihre Wohnung zu ziehen. Ihre Angst vor Uebergriffen in der Wohnung besteht zwar weiterhin, sie kann sich dann jeweils mit einem TZ-Mitarbeiter oder TZ-Benutzer darüber aussprechen.

Im Verlaufe des TZ-Aufenthaltes muss Frau X immer wieder animiert werden, sich an den gemeinsamen Tätigkeiten zu beteiligen. Bei Gruppenaktivitäten wie Stricken oder Herstellen von Collagen schätzt sie es jedoch sehr, wenn sie in das Gespräch mit einbezogen wird.

Nach zwei Monaten scheint die Krise überwunden; das TZ-Team schlägt Frau X vor, sich nach einem Platz in einer geschützten Werkstatt umzusehen. Sie besucht die Werkstätten, kann sich aber aufgrund des Arbeitsangebotes dort für keine entscheiden. Im TZ fällt es ihr jetzt leichter, mit den anderen TZ-Benutzern Kontakt aufzunehmen und sich auszudrücken. Das TZ-Team kann sie schliesslich motivieren, wieder an ihren alten Platz in der ambulanten Ergotherapie zurückzukehren.

Stellenwert des TZ für Frau X

Das TZ hat für Frau X die Bedeutung einer Anlaufstelle, wo sie jeweils aus ihrer sozialen Isolation herausfinden kann. Die

Gedankenwelt, in der sie manchmal zu leben scheint, erhält durch die Begegnungen im TZ kritische Anstösse oder wird teilweise in Frage gestellt. Ihre vernachlässigten sozialen Fähigkeiten werden wieder gefördert und trainiert. Sie hat die Möglichkeit im TZ Beziehungen anzuknüpfen, die ihren TZ-Aufenthalt überdauern können.

Durch das gemeinsame Einkaufen und Zubereiten von Mahlzeiten, sowie die Handarbeiten kann ein vermehrter Bezug zur Realität hergestellt werden; sie lernt mit dem Haushalt und dem sonstigen Problemen des täglichen Lebens besser fertig zu werden. Die sich immer wiederholende Entwicklung von sozialer Isolation und Krisenentwicklung mit anschliessender Hospitalisation kann im TZ noch vor einer Klinikeinweisung gestoppt werden.

Das TZ nach Klinikaufenthalt bei Frau Y

Die 44-jährige Frau Y wird von der Sozialarbeiterin einer psychiatrischen Klinik zur Gestaltung der Tagesstruktur nach der Klinikentlassung dem TZ zugewiesen. Sie leidet seit Jahren an manischen und depressiven Phasen und war deswegen schon mehrere Male hospitalisiert. Frau Y ist geschieden, ausser seltenen Besuchen ihrer beiden Töchter und gelegentlichen Telefongesprächen mit einer Freundin hat sie wenig Kontakt mit anderen Menschen. Seit sie vor vier Tagen aus der Klinik entlassen wurde, wohnt sie wieder alleine in ihrer Zweizimmerwohnung.

Im TZ braucht Frau Y viel Zuwendung und steht gerne im Mittelpunkt. Oft erzählt sie von ihrem aufregendem Leben mit ihrem Exmann, einem Pariser Theaterbesitzer. Sie schweift dabei ab, springt von einem Thema zum nächsten, so dass es immer unmöglicher wird, ihr zu zuhören. Frau Y, die weiss, dass sie andere Leute "überfahren" kann, ist froh, wenn man ihr mitteilt, dass man ihr nicht mehr zuhören möchte. Bis jetzt hat sie oft die Erfahrung gemacht, dass sich ihre Gesprächspartner nicht gegen ihre Monologe gewehrt haben, nachher aber keinen Kontakt mehr mit ihr wollten.

Beim Vertragsgespräch ist es nicht immer möglich, das Gespräch auf wichtige Punkte, wie berufliche Zukunft, Einsamkeit oder Rentenansprüche zu lenken, da Frau Y abschweift. Man einigt sich darauf, realistische Ziele in kleinen Schritten anzustreben. Frau Y soll zuerst versuchen, längere Zeit bei einer Tätigkeit zu verweilen. Sie soll selbst ihre IV-Formulare ausfüllen, die dann ein TZ-Mitarbeiter mit ihr noch einmal durchsehen wird.

Im weiteren Verlauf des TZ-Aufenthaltes kommt sie in eine depressive Krise und wirkt sehr hilflos. Sie ist bei Tätigkeiten, die sie bis jetzt problemlos ausführen konnte, überfordert, und fragt die TZ-Mitarbeiter wiederholt um Rat. Indem Frau Y immer wieder ermutigt wird, zu versuchen, ihre Schwierigkeiten zuerst alleine zu überwinden, gelingt es, ihr klar zu machen, dass es sich hier eher um eine erlernte, als um eine echte Hilflosigkeit handelt.

Mit der Zeit entwickelt sie einem jüngeren TZ-Mitarbeiter gegenüber mütterliche Gefühle. Seine anschließende, klare Distanzierung von der Sohnesrolle, die sie ihm zuweist, kränkt sie und nimmt ihr die Motivation, an das gemeinsame Kegeln zu gehen. In einer offenen Aussprache kann der Konflikt ausgetragen werden, bis die Differenzen bereinigt sind.

Mittlerweile hat ihre TZ-Aufenthaltsdauer die Dreimonatsgrenze erreicht, aufgrund eines Vorschlages des TZ-Teams besichtigt Frau Y eine geschützte Werkstatt und meldet sich dort an. Frau Y, der es im TZ immer besser gefällt, möchte nicht sofort austreten, sondern sich langsam vom TZ "abnabeln". Sie kommt mit dem TZ-Team überein, bis zu ihrem Arbeitsanfang in der geschützten Werkstatt, noch Dienstags und zum Gruppengespräch am Donnerstag ins TZ zu kommen.

Stellenwert des TZ für Frau Y

Im TZ kann die Krise, in die Frau Y durch die Entlassung aus der Klinik kam, aufgefangen, die finanzielle Situation bereinigt und eine berufliche Teilrehabilitation in die Wege geleitet werden. So können ihre Hospitalisationsdauer auf ein Minimum reduziert und potentielle Konfliktquellen ausgeschaltet werden.

Durch regelmässiges Feedback der TZ-Mitarbeiter kann sie lernen, in ihren submanischen Phasen ihr Mitteilungsbedürfnis besser zu dosieren und dem Zuhörer anzupassen. Bei der Lösung des Konfliktes, den Frau Y mit einem TZ-Mitarbeiter hatte, kann sie die Erfahrung machen, dass solche Auseinandersetzungen nicht zum Ende einer Beziehung führen, sondern diese bereichern können. Durch die ständigen Ermutigungen des TZ-Teams, Probleme zuerst einmal ohne fremde Hilfe zu überdenken, kommt sie beim Kochen und anderen Tätigkeiten im TZ zu Erfolgserlebnissen, die ihr Selbstvertrauen stärken und ihr helfen, ihre depressive Krise zu überwinden. So kann das TZ dazu beitragen, den Zyklus von Klinikentlassung, anschliessendem Scheitern aufgrund sozialer Fehlanpassung und erneuter Hospitalisation zumindest für einmal zu durchbrechen.

Berufliche Wiedereingliederung bei Herr Z

Herr Z wird von einem Psychiater zur Beobachtung und Abklärung, sowie zur Mithilfe bei späterer Stellensuche ins TZ überwiesen. Er hatte das Abendtechnikum absolviert und arbeitete danach als Bauingenieur, bis man ihm die Stelle kündigte, da seine Leistungen nachliessen. Danach hatte er mehrere kürzere Gelegenheitsarbeiten oder war arbeitslos. Seit einem Jahr wirkte er manchmal abwesend und verträumt, als lebe er in einer anderen Welt. Der Hausarzt schickte ihn zum Psychiater, dieser behandelte ihn mit Neuroleptika, konnte aber keine Diagnose stellen und wusste schliesslich auch nicht mehr weiter. Herr Z ist 26 Jahre alt und lebt mit einem Bruder bei seiner geschiedenen Mutter, zu der er eine besonders enge Beziehung hat.

Trotz anfänglich fehlender Motivation für das TZ nimmt er dort an allen Aktivitäten teil. Er ist hilfsbereit, hat aber Mühe, sich im Gespräch auszudrücken, manchmal scheint er grundlos zu lachen. Beim Basteln von Autos und Flugzeugen aus Abfallholz zeigen sich seine kreativen Fähigkeiten. Im Ambulatorium des Sozialpsychiatrischen Dienstes, wohin er vom zuweisenden Psychiater zur weiteren ärztlichen Betreuung überwiesen wurde, wird im Rahmen der Berufsabklärung ein Intelligenztest in die

Wege geleitet, der seine überdurchschnittliche technische Begabung zeigt. Als Diagnose wird eine paranoide Schizophrenie mit schleichendem Verlauf gestellt.

Beim Vertragsgespräch werden Herr Z's Wünsche nach möglichst baldiger Arbeitsaufnahme besprochen. Das TZ-Team hebt daneben die Bedeutung der Kontakte zwischen ihm und den anderen TZ-Benützern hervor, da Herr Z offenbar Kontaktschwierigkeiten hat.

Drei Wochen nach der Aufnahme ins TZ kann sich Herr Z bereits offen in der Gesprächsgruppe zum Thema Einsamkeit äussern und seine persönliche Situation darlegen. Auch die Beziehung zu seinem dominanten Bruder scheint sich zu ändern. Nach den Angaben seiner Mutter, wehrt sich ihr sonst angepasster Sohn nun gegen seinen Bruder.

Im weiteren Verlauf des TZ-Aufenthaltes bewirbt sich Herr Z für mehrere Stellen, das TZ-Team ist ihm bei Abfassen der Lebensläufe und Bewerbungsschreiben behilflich. Während des Probemonates, den Herr Z in einem Ingenieurbüro absolvieren kann, um abzuklären, ob er sich für eine ausgeschriebene Stelle eignet, kommt er noch einmal wöchentlich ins TZ. Der Arbeitsversuch muss wegen seiner ungenügenden Konzentrationsfähigkeit früher als erwartet abgebrochen werden, und Herr Z ist froh, wieder jeden Tag ins TZ kommen zu können. Durch Vermittlung des TZ-Teams wird er in ein Arbeitsprogramm des städtischen Arbeitsamtes aufgenommen und kann für ein halbes Jahr bei den Aufräumarbeiten in einem Naturschutzgebiet mithelfen.

Nach den drei Monaten im TZ wirkt Herr Z nicht mehr so verkrampft und etwas spontaner. Er meint, die Begegnungen mit den anderen TZ-Benutzern seien für ihn wichtig gewesen, er habe dort auch gelernt, einfache Malzeiten zu kochen, was ihm während der Abwesenheit seiner Mutter sehr helfe. Als Dank für die Bemühungen des TZ-Teams repariert er mit viel Sorgfalt ein kleines Schmuckkästchen einer TZ-Mitarbeiterin.

Stellenwert des TZ für Herrn Z

Angesichts der Arbeitsunfähigkeit und gleichzeitigen Unklarheit über die Hintergründe von Herrn Z's Krankheit, hat das TZ zuerst die Funktion einer Triagestelle, wo weitere Schritte zur Abklärung und beruflichen Wiedereingliederung in die Wege geleitet werden können. Ueber das TZ kommt er schliesslich in das Ambulatorium des Sozialpsychiatrischen Dienstes, wo er wöchentlich eine Aerztin konsultiert, die bald seine neuroleptische Behandlung sistieren kann und ihn auch nach seinem TZ-Aufenthalt betreuen wird.

Mit dem TZ im Hintergrund, kann er einen Arbeitsversuch unternehmen, der zwar misslingt, ihm aber zeigt, dass seine Berufsvorstellungen nicht mehr seiner veränderten Arbeitsfähigkeit entsprechen, und er jetzt weniger anspruchsvolle Tätigkeiten ausüben muss.

Auch wenn er noch eng an seine Herkunftsfamilie gebunden ist, hat ihn die Begegnung mit den TZ-Benützern und -Mitarbeitern sowie das wöchentliche Gruppengespräch ermutigt, seine Bedürfnisse direkter ausdrücken. Dies verursacht innerhalb seiner Familie vermehrt Konflikte, die zeigen, dass die festgefahrenen Familienverhältnisse im Begriff sind, sich zu verändern. Das Zubereiten einfacher Malzeiten, das er im TZ gelernt hat, unterstützt seine Entwicklung zu mehr Selbstständigkeit.

6. ALTERNATIVEN ZUM TZ

Dieses Kapitel ist keine vollständige Beschreibung des psychiatrischen, teilstationären Versorgungsangebotes der Region Zürich. Es soll vielmehr eine Uebersicht über neun Institutionen und Einrichtungen vermittelt werden, deren Angebot sich teilweise mit dem des Zürcher TZ deckt und die auch schon von TZ-Benutzern in Anspruch genommen worden sind. Als Informationsquellen dienten Konzeptbeschreibungen, Auswertungs- und Jahresberichte.

6.1 Die Tagesklinik des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Die Zürcher Tagesklinik besteht seit 1970 und nimmt maximal 16 Patienten auf, denen sie von 9.00 bis 16.00 eine Tagesstruktur bietet. Sie eignet sich für Frauen und Männer aller Altersstufen mit psychotischen und neurotischen Störungen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist länger als im TZ, der Schwerpunkt liegt beim Training zur beruflichen Wiedereingliederung (Uchtenhagen, 1983). Das Team aus vier Soziotherapeuten, zwei Ärzten, und einem Sozialarbeiter leitet Gruppen- und Einzelgespräche, führt die medikamentöse Betreuung durch, unterstützt bei der Arbeitssuche, aktiviert die Freizeitgestaltung und organisiert die Nachbetreuung. Während 15 Stunden pro Woche werden einfachere Auftragsarbeiten, meistens aus dem Büro- oder Verpackungsbereich, ausgeführt. Externe Therapeuten sind für Mal-, Musik- und Bewegungstherapie zuständig.

6.2 Der Berufsförderungskurs (BFK) des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Der BFK existiert seit 1982 und ist ein Arbeitsrehabilitationsprogramm für 12 Teilnehmer, die infolge psychischer Schwierigkeiten, oder nach akuten psychischen Erkrankungen nicht mehr erwerbstätig sind und einen Neueinstieg in das Berufsleben suchen (Uchtenhagen, 1985/2). Der Kurs richtet sich an Klienten der Regionalstellen der Eidgenössischen Invalidenversicherung, wo die Anmeldung zu erfolgen hat. Die Kurskosten werden von der IV übernommen.

Das Sechserteam, bestehend aus Soziologen, Psychologen und beratendem Arzt, trainiert die 12 Teilnehmer des jeweils 20wöchigen Kurses täglich 7 Stunden. Nach 10 Wochen kann der Kursteilnehmer während eines externen Volontariates seine Leistungsfähigkeit überprüfen und mit dem BFK-Team diskutieren. Voraussetzung für die Kursteilnahme ist die Selbstständigkeit im Wohnbereich, die Motivation, eine Arbeit wieder aufzunehmen und Grundkenntnisse in Büroarbeit oder entsprechende berufliche Eignung, (Uchtenhagen, 1983).

6.3 Das Winterthurer Tageszentrum

Am Beispiel des Winterthurer TZ wird deutlich, dass der Begriff TZ nicht immer für eine teilstationäre Einrichtung im Sinne des Zürcher TZ stehen muss. Das Winterthurer TZ besteht seit 1981 und bietet Arbeitstraining, Tagesstruktur nach einem Klinikaufenthalt, oder Dauerarbeitsplatz für nicht voll arbeitsfähige psychisch Behinderte. Diese Aussenstation der kantonalen psychiatrischen Klinik Rheinau hat den Charakter einer geschützten Werkstatt mit medikamentöser und arbeits-therapeutischer Ganztagesbetreuung. Das Team besteht aus einer Psychiatrieschwester, einem Sozialarbeiter und einem Werkstattleiter. Die meisten Benutzer beziehen eine IV-Rente und sind chronisch psychotische Patienten. Die Aufenthaltsdauer im Winterthurer TZ ist nicht beschränkt.

6.4 Die Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums Wetzikon

Diese Tagesklinik bietet zwölf Patienten von Montag bis Freitag zwischen 9.00 Uhr und 16.00 Uhr mit Gruppengesprächen, Ergotherapie, Malen, Kochen, Turnen und Ausflügen ein strukturiertes, soziotherapeutisches Tagesprogramm. Durch das therapeutische Milieu in der Gruppe kann sich der Patient mit seinen Problemen auseinandersetzen, Lösungen erarbeiten und einüben. Die Tagesklinik eignet sich für Patienten im Anschluss an einen Klinikaufenthalt, zur Krisenüberbrückung, oder zur Verhinderung

einer Hospitalisation. Das Team besteht aus psychiatrischem Pflegepersonal, Ergotherapeutin, Assistenz- und Oberarzt, es können auch Medikamente verordnet werden.

6.5 Die ambulanten Ergotherapien

Soweit aus den vorhandenen Unterlagen ersichtlich, überschneiden sich die therapeutischen Ziele der ambulanten Ergotherapien zum Teil mit denen des TZ. Der Aufenthalt in den ambulanten Ergotherapie ist jedoch kürzer (zwei bis drei Stunden) und weniger häufig (ein bis drei mal pro Woche) als im TZ.

Die 1974 vom Zürcher Psychiater Rothschild gegründete private Ergotherapiestation steht psychotischen und neurotischen Patienten zwei- bis fünfmal pro Woche für zwei bis drei Stunden zur Verfügung. Das Team aus zwei Ergotherapeutinnen und einem beratenden Arzt leitet in Einzel- und Gruppensitzungen acht bis zehn Teilnehmer an, sich an kreativen, spielerischen und realitätsbezogenen Aktivitäten wie Malen, Modellieren, Musizieren, Gartenarbeiten, Einkaufen, Kochen, Diskussionen und anderem zu beteiligen. In einem therapeutischen Milieu soll der Teilnehmer lernen, seine Krankheit darzustellen und seine gesunden Funktionen zu nutzen. Während des zwei- bis sechsmonatigen Aufenthaltes wird zusammen mit dem behandelnden Arzt ein Anschlussprogramm gefunden.

Seit 1976 besteht beim Zürcher Roten Kreuz die Sektion Ergotherapie für psychisch Behinderte, die nachmittags Gruppen von fünf bis zwölf Teilnehmern durchführt. Die Häufigkeit der Sitzungen beträgt je nach den individuellen Bedürfnissen eine bis drei pro Woche. Ziel ist es, durch kreative Tätigkeiten und Kontakte mit Anderen das Selbstwertgefühl und den Realitätssinn sowie die sozialen Beziehungen zu fördern. Es werden Anregungen zur Gestaltung der Tage ohne Ergotherapie gegeben.

6.6 Die geschützten Werkstätten

Die vom Verein Werkstätte Drahtzug getragene Werkstatt bietet 140 geschützte Arbeitsplätze für chronisch psychisch Behinderte, die unter üblichen Bedingungen keine Erwerbstätigkeit ausüben können, oder während wie nach dem Klinikaufenthalt eine geschützte Wiedereingliederungsstruktur brauchen. Die meisten im Drahtzug tätigen Behinderten sind chronische psychotische Patienten und beziehen eine IV-Rente. Die zwölf Gruppenleiter betreuen Gruppen, mit verschiedenen Anforderungs- und Lohnniveaus. Neben Lohnauftragsarbeiten haben die Behinderten die Möglichkeit, in der betriebseigenen Kantine, Wäscherei oder Telefonzentrale mitzuarbeiten.

In der vom Verein St. Jakob getragenen Behindertenwerkstatt arbeiten unter den 100 Behinderten etwa 40 psychisch Behinderte. Zwölf Betreuer leiten die Behinderten bei Tätigkeiten wie Korbflechten, Besenbinden, Metallverarbeitungen an; für 17 Behinderte stellt diese Behindertenwerkstatt Wohnmöglichkeiten zur Verfügung. Seit kurzem finden zweimal wöchentlich Rhythmikgruppen statt.

Die Werkstatt Holz, eine Kundenschreinerei, ist ein Projekt des Sozialamtes der Stadt Zürich, das acht bis zehn Frauen und Männern zwischen 16 und 30 Jahren Arbeitsplätze anbietet. Aufnahme finden Menschen, die aus psychischen oder sozialen Gründen den Anforderungen der Arbeitswelt nicht genügen. Die Projektteilnehmer arbeiten unter der Anleitung eines Dreierteams, für einen Stundenlohn von Fr. 7,00 während 22 Stunden in der Woche. Das Werkstatteam versucht in Zusammenarbeit mit den Betroffenen und ihren Angehörigen, den Wiedereintritt ins reguläre Berufsleben vorzubereiten.

6.7 Das Kriseninterventionszentrum (KIZ) des Bezirksärzte-Verbandes

Dieses Kriseninterventionszentrum besteht seit Herbst 1986, an der Planung war auch die Leitung des sozialpsychiatrischen Dienstes beteiligt. Es ist im selben Haus wie das TZ lokalisiert, um eine mögliche Zusammenarbeit zu erleichtern. Es hat offenen, eher privaten und nicht spitalähnlichen Charakter und kann maximal 10 Personen, die freiwillig eintreten, aufnehmen. Das Behandlungsteam aus Psychiatrie-Pflegepersonal und Assistenzärzten, die von einem Oberarzt geleitet werden, hilft in beratenden und therapeutischen Gesprächen im 24-Stunden Betrieb einen Ausweg aus der Krise zu finden. Bei Bedarf können Medikamente abgegeben werden. Einweisen kann jeder Arzt, speziell gedacht wird an die Aerzte des psychiatrischen und allgemeinen Notfalldienstes. Der Aufenthalt ist auf drei Tage beschränkt, längerfristige Behandlungen durch externe Aerzte und Therapeuten können eingeleitet werden.

7. DISKUSSION

Die Aufarbeitung der Literatur zum Thema Tagesbehandlung und deren Vergleich mit dem Konzept des Zürcher Tageszentrums zeigte, dass die Tagesbehandlung in Grossbritannien einen festen Platz im psychiatrischen Versorgungsangebot hat. Ähnlich wie beim Zürcher Tageszentrum (TZ) stehen dort soziotherapeutische Konzepte im Vordergrund. Bennett (1969) meint, dass die gesunden Seiten des Patienten angesprochen und seine psychischen Behinderungen nicht hinterfragt, sondern zuerst einmal akzeptiert werden sollten. Dies schafft eine Atmosphäre von Angstfreiheit und grösserer Achtung vor der Persönlichkeit des Patienten. Der therapeutische Umgang sollte auf die sozialen Auswirkungen der psychischen Behinderungen und die Rehabilitation des Patienten ausgerichtet sein.

Mundt (1976) zeigt anhand einer Londoner Tagesklinik, wie ein Arbeitsbündnis mit den gesunden Persönlichkeitsanteilen des Patienten gesucht wird, um die soziale Kompetenz des Patienten zu stärken. Intrapsychische Vorgänge stehen dabei nicht im Mittelpunkt des Interesses. Unter Rehabilitation versteht Wing (1981), dass es dem psychisch Behinderten mit den ihm verbleibenden Fähigkeiten ermöglicht werden sollte, sein Dasein mit möglichst guter Lebensqualität zu führen. Auch wenn ein so erreichter Zustand nicht dem Leben eines Durchschnittsbürgers entspricht, kann dies als Erfolg betrachtet werden.

Zimmer (1982/1) beschreibt das Zürcher TZ als Halbtagesstätte mit einem Minimalangebot an ambulanter Milieuthherapie in einer therapeutischen Gemeinschaft. Das TZ-Team ist bemüht, dem TZ-Benutzer die soziale Realität spiegelnd oder konfrontierend zu vermitteln, und ihm zu helfen, sie von der persönlichen Traum- und Phantasiewelt abzugrenzen. Der Ausbau der sozialen Fähigkeiten des Patienten in seiner Bezugsgruppe steht im Vordergrund. Die Spannungstoleranz des Patienten wird gefordert, er kann lernen, sich mit einer Gruppe auseinander zu setzen, seine Bedürfnisse zu äussern und bei einem gemeinsam erarbeiteten Programm mitzumachen. Dabei muss darauf geachtet werden, wieviel dem einzelnen TZ-Benutzer zugemutet werden kann. Bei schizophrenen

Patienten mit geringer Stresstoleranz, sollte spannungserhöhende Ueberstimulation wegen der Gefahr einer Auslösung einer akuten Psychose verhindert werden. Auf der anderen Seite führt angstvolles Vermeiden von Anforderungen zu einer Einbusse an sozialen Fähigkeiten, zum Rückzug in freudlose Isolation und zum Zunehmen der Invalidisierung. Die "Schnuppertage" im TZ helfen bei der Klärung, ob ein Interessent für das TZ geeignet ist.

Das Konzept "Arzt im Hintergrund" (Zimmer, 1982/2) bedeutet, dass das Schwergewicht der Betreuung der TZ-Benutzer bei den nichtärztlichen Mitarbeitern liegt. Nichtärztliches Pflegepersonal mit geringerer sozialer Distanz zum Patienten kann durch partnerschaftliche Teilnahme an der Gemeinschaft wichtige Identifikationsmöglichkeiten bieten. Die ärztliche Betreuung durch den zuständigen Assistenzarzt bzw. die Oberärztin ist auf die Arbeit des Betreuerteams mit den Patienten ausgerichtet (Patienten- Team- und Konzeptberatung, sowie Unterstützung des Gruppengespräches). Hinzu kommt die aktive Mitarbeit im Umgang mit schwierigen Patienten, z.B. die Uebernahme der Verantwortung bei Abweisungen oder Entlassungen, oder die Mithilfe bei schwierigen Vertragsgesprächen. Die Leitung des in konzeptuellen, personellen und administrativen Belangen hierarchisch organisierten TZ ist Aufgabe der Oberärztin.

Finzen (1978) sieht die Vorteile der Tagesbehandlung im Einbezug der sozialen Umwelt des psychisch Kranken, was eine Auseinandersetzung mit den Konflikten am Ort der Entstehung ermöglicht. Der Tagespatient kann viele seiner sozialen Beziehungen beibehalten, die Wiedereingliederung ist so erleichtert. Ausserdem ist ein Aufenthalt in einer teilstationären Einrichtung für die meisten Patienten weniger stigmatisierend als ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, die oft in beträchtlicher Distanz zum Wohnort des Patienten liegt.

Es ist eine sehr komplexe Frage, warum die Tagesbehandlung bei uns auch noch nicht annähernd die Bedeutung hat wie etwa in Grossbritannien. Erwähnt sei, dass es vielen Therapeuten stationärer Einrichtungen schwerfällt, ihre Patienten gerade dann an teilstationäre Einrichtungen weiterzugeben, wenn erste

Anzeichen der Besserung erkennbar sind, weil so die Erfolgserlebnisse unvollständig bleiben. Vor allem lässt sich die Tagesbehandlung in einem staatlichen Gesundheitssystem wie dem britischen bedeutend einfacher gezielt aufbauen als in der Schweiz.

Der Sozialpsychiatrische Dienst der Universitätsklinik Zürich bietet seit etwa 14 Jahren teilstationäre Tagesbehandlung in der Tagesklinik und seit 10 Jahren mit dem TZ ein Haltagesprogramm an.

Die vorliegende Arbeit hatte es sich zur Aufgabe gemacht, die Arbeit des TZ über die 10 Jahre seines Bestehens hinweg eingehender zu untersuchen. Dabei wurden zunächst die Patienten oder "Benutzer" genauer beschrieben. Es zeigte sich, dass fast drei Viertel der TZ-Benutzer zu den chronifizierten psychotischen Patienten gehörten und schon ein oder mehrere Male hospitalisiert gewesen waren. Im Kernstück der Arbeit wurden die Zuweiseranliegen an das TZ kategorisiert und auf ihre Erfüllung hin überprüft.

Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede bei der Erfüllung der verschiedenen Zuweiseranliegen. Etwa die Hälfte aller Zuweiseranliegen konnte ganz, ein Sechstel teilweise, und ein Drittel nicht erfüllt werden. Die primären Zuweiseranliegen konzentrierten sich auf vier Hauptgruppen:

- Spitalentlassene Patienten bildeten mit einem Viertel die grösste Gruppe der TZ-Benutzer. Ihnen konnte der TZ-Aufenthalt helfen, die Reaktionen auf die Spitalentlassung zu verarbeiten, in der akuten Krankheitsphase verlorengegangene Fähigkeiten des täglichen Lebens, wie z.B. Einkaufen und Kochen, wieder zu erlernen und eine sinnvolle Tagesstruktur zu finden. Durch einen Aufenthalt im TZ kann die Dauer des Klinikaufenthaltes auf ein nötiges Minimum reduziert und die Rehabilitation früher in Angriff genommen werden. Dies stellt einen wichtigen Beitrag zur Verhinderung des Hospitalismus dar, da mit zunehmender Hospitalisationsdauer immer mehr soziale Fähigkeiten verlorengehen und der Wunsch nach Entlassung aus der Klinik und einem selbstständigen Leben abnimmt. Bei diesen TZ-Benutzern konnten

im Vergleich zu den anderen TZ-Benutzern bei der Erfüllung der Zuweiseranliegen leicht überdurchschnittliche Werte erzielt werden.

- Bei den Patienten, die ihre Stelle oder den geschützten Arbeitsplatz verloren hatten (ein Fünftel aller TZ-Benutzer), bot das TZ zuerst eine Ersatzstruktur. Stellenverlust mit Wegfall der gewohnten Tagesstruktur kann zur psychischen Dekompensation führen. Mit der Ersatzstruktur des TZ konnte versucht werden, das Abgleiten in eine psychotische Krise zu verhindern. Die feste Halbtagesstruktur bereitete auf eine spätere Arbeitsaufnahme vor, und das TZ-Team half bei der Suche nach einer neuen Stelle oder einem geschützten Arbeitsplatz. Die Erfolgsquote dieser Gruppe entsprach etwa dem Durchschnitt aller TZ-Benutzer. Dies verdient angesichts der für Patienten ungünstigen Arbeitsmarktlage besonders hervorgehoben zu werden.

- Ein Sechstel der TZ-Benutzer hatte das Zuweiseranliegen Kontaktmöglichkeiten bei Isolation. Die Vereinsamung war aber auch bei vielen anderen TZ-Benutzern ein Problem. Das offene, informelle Klima im TZ ermöglichte bei Aktivitäten und Ausflügen eine zwanglose Kontaktaufnahme. Während des wöchentlichen Gruppengesprächs konnten die TZ-Benutzer lernen, sich zu äussern und mit den anderen zu diskutieren. Die signifikant unterdurchschnittliche Erfolgsquote bei dieser Gruppe spiegelt die Tatsache, dass bei ihnen der Anteil derer, die nicht mehr für das TZ motiviert waren und weg blieben, besonders hoch war. Offenbar löste die offene und direkte Art, wie im TZ mit Konfliktsituationen umgegangen wird, bei einigen chronifizierten psychotischen Patienten mit geringer Stresstoleranz Ängste aus und überforderte sie. Auch kehrten etliche dieser meist invaliden TZ-Benutzer nach dem TZ-Aufenthalt wieder in die selben Verhältnisse ohne sinnvolle Tagesstruktur zurück, da eine Arbeitsaufnahme selbst in einer geschützten Werkstatt nicht in Frage kam. Die Frage nach den Hintergründen dieses Ergebnisses kann in der vorliegenden Arbeit nicht beantwortet werden, sie wäre Gegenstand vertiefter Evaluation. Für die Praxis des TZ

bedeutet dieser Befund, dass mit Patienten, die vor allem wegen ihrer Isolation zugewiesen werden, besonders aufmerksam und sorgfältig umgegangen werden muss.

Bei vielen von ihnen konnte der TZ-Aufenthalt aber etwas Farbe und Abwechslung in ihr von Zurückgezogenheit und bescheidener Daseinsfreude gekennzeichnetes Leben bringen. Ihren Bedürfnissen käme eine teilstationäre Einrichtung entgegen, die bei minimalen Anforderungen an den Patienten eine Tagesstruktur ohne begrenzte Aufenthaltsdauer bieten kann. Solche Einrichtungen, die in Grossbritannien zahlreich vorhanden sind, scheinen in der Region Zürich zu fehlen.

- Ein Fünftel der TZ-Benutzer kam zur Krisenüberbrückung ins TZ. Bei fast der Hälfte der Krisenüberbrückungsfälle handelte es sich um akute psychotische Schübe bei schizophrenen Patienten, die andere Hälfte der Krisenüberbrückungsfälle waren entweder psychotische Patienten mit Schwierigkeiten z.B. am Arbeitsplatz oder mit den Angehörigen, oder Krisen bei neurotischen Patienten und Suchtpatienten. Der Aufenthalt im TZ ermöglichte eine an der Alltagswirklichkeit orientierte Krisenbewältigung, indem diese TZ-Benutzer dem Krisenfeld teilweise ausgesetzt blieben. Mit der individuellen, psychotherapeutischen Aufarbeitung, wie auch mit der Pharmakotherapie wären die drei Psychiatriseschwestern und Pfleger auch mit Assistenzarzt und Oberärztin im Hintergrund überfordert gewesen, dafür bleibt, wie auch bei allen anderen TZ-Benutzern, der bisherige, externe Arzt oder Therapeut zuständig.

Bei den nicht psychotischen Krisen konnten zwei Drittel, bei den psychotischen Krisen nur knapp ein Drittel der Fälle erfolgreich überbrückt und eine Hospitalisation verhindert werden, was signifikant über bzw. unter dem Durchschnitt aller TZ-Benutzer lag. Die unbefriedigenden Erfahrungen des TZ-Teams mit dem Aufenthalt von akut psychotischen Patienten im TZ bestätigen diese Resultate. Die Hoffnung, durch einen TZ-Aufenthalt bei einer psychotischen Krise eine Hospitalisation verhindern zu können, erfüllten sich in zwei Drittel der Fälle leider nicht. Das therapeutische Angebot mit Beschränkung auf eine

Halbtagesbetreuung und mit Anforderungen an die Gruppenfähigkeit der Patienten scheint für akut psychotische Patienten eine zu schwierige Mischung zu sein.

Der Anteil an in ihren psychischen Funktionen grob auffälligen TZ-Benutzern ist von über einem Viertel 1977 auf Werte um 10 % in den 80er Jahren gesunken. Trotz Vorbehalten gegenüber diesen Daten (grosser Ermessensspielraum bei der Einteilung) scheint dies ein Hinweis dafür zu sein, dass das TZ-Team seine therapeutischen Möglichkeiten besser einschätzen kann, das heisst selektiver jene Patienten ins TZ aufnimmt, für die das TZ effizient seine Funktion übernehmen kann. Der um etwa zehn Prozent erhöhte Anteil an TZ-Benutzern mit erfüllten Zuweiseranliegen der letzten drei untersuchten Jahre gegenüber den Gründerjahren ist ein weiterer Hinweis für diese Annahme.

Diese Ergebnisse aus dem TZ werden durch Erfahrungen aus England bestätigt. Dort sind auch in Gebieten mit einem guten Angebot an teilstationären, psychiatrischen Einrichtungen noch stationäre psychiatrische Abteilungen nötig.

Bei weiteren Vergleichen der Jahre 1977 und 1985 zeigte sich, dass 1977 nur bei einem Drittel, 1985 jedoch bei über 85 % der TZ-Benutzer ein Vertragsgespräch gemacht wurde. Für eine Standortbestimmung des TZ-Benutzers und der Festlegung seiner nächsten Rehabilitationsschritte hat sich das Vertragsgespräch als sehr nützlich erwiesen. Es stellt somit ein wichtiges Werkzeug im soziotherapeutischen Umgang dar. Es wurde darauf geachtet, dass bei den Abmachungen kleine, realistische Rehabilitationsschritte im Vordergrund standen, so dass sie in der Folge auch in drei Viertel der Fälle ganz oder teilweise erfüllt werden konnten.

Zimmer und Uchtenhagen (1980) zeigen, dass im Verlauf des Rehabilitationsprozesses bei psychotischen Patienten verschiedene therapeutische Ansätze wichtig sind. Bei Ausbruch einer akuten psychotischen Krise sind dämpfende und beruhigende Massnahmen erforderlich, die Psychopharmakabehandlung und die vorübergehende Befreiung von sozialen Anforderungen stehen im Vordergrund. Ist

eine gewisse Beruhigung eingetreten, kommt der Soziotherapie zentraler Stellenwert zu, ein Aufenthalt in einem teilstationären Halbtages- oder Ganztagesprogramm oder auch in einer Nachtklinik kann nun indiziert sein.

Die fast immer volle Auslastung des TZ's seit 1981 und die immer länger werdende Warteliste von Patienten, die ins TZ kommen möchten, zeigt, dass der Bedarf an halbtägigen, ambulanten, soziotherapeutischen Einrichtungen in der Region Zürich vorhanden ist und die Nachfrage im Falle des TZ's grösser ist als das Angebot. Um eine optimale, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte, psychiatrische Behandlung zu gewährleisten, ist eine Reihe von sich ergänzenden stationären und teilstationären Einrichtungen nötig, die eine therapeutische Kette bilden können. Das TZ mit seiner soziotherapeutischen Halbtagesstruktur eignet sich vor allem für Patienten nach einem Klinikaufenthalt, als Rehabilitationshilfe bei Stellenverlust oder gescheitertem Arbeitsversuch, als vorübergehende Ersatztagesstruktur während der Ferien, der Wartezeit auf einen Arbeits- oder Therapieplatz, oder bei Nachtklinikpatienten, sowie als Kontaktmöglichkeit für isolierte, chronifizierte Patienten, die noch ein Mindestmass an Stresstoleranz aufweisen.

8. ZUSAMMENFASSUNG

Es werden zuerst die Entwicklung und Situation der Tagesbehandlung in Grossbritannien und der BRD mit 400 bzw. 60 teilstationären Einrichtungen Ende der 70er Jahre beschrieben und miteinander verglichen. Vor- und Nachteile von stationärer Behandlung und Tagesbehandlung für den Patienten wie auch für den Mitarbeiter werden erläutert. Es werden die Indikationen für eine teilstationäre Behandlung aufgezeigt. Unter Hinweis auf britische Untersuchungen werden Ueberlegungen zu den Kosten der beiden Behandlungsformen aufgestellt. Der Unterschied zwischen Tagesklinik und Tageszentrum (TZ) wird anhand der Situation in Grossbritannien dargelegt.

Dann werden die Rahmenbedingungen und, mit Einbezug der Literatur zur Soziotherapie, das Konzept des TZ des Sozialpsychiatrischen Dienstes Zürich erläutert. Anhand der wichtigsten Punkte des Halbtagesprogrammes des TZ, wie z.B. Ergotherapie, Malen, Ausflüge, Gruppengespräch und Mittagessen wird unter Einbezug von Literatur zur therapeutischen Wirkung dieser Tätigkeiten die Arbeitsweise des TZ-Teams geschildert.

Im empirischen Teil werden die bei der Untersuchung der Verlaufsblätter und Zuweiserakten gefundenen Ergebnisse der 460 TZ-Benutzer zwischen 1976 und 1985 präsentiert. Die Beschreibung der Patienten bzw. Benutzer ergab folgende, aufgelistete Aspekte: Anamnestische Angaben wie Alter, Zivilstand, Geschlecht, frühere Hospitalisationen und Diagnose, Angaben zur Wohn- Arbeits- und Betreuungs- und Finanzsituation bei Ein- und Austritt, Angaben zur Verlaufssituation der psychischen Funktionen, Motivation für das TZ, Kontaktverhalten, Beteiligung an den Aktivitäten, Belastung für das TZ-Team, Bemühungen des TZ-Benutzers um seine Rehabilitation, Freizeitgestaltung, Regelmässigkeit des Erscheinens und Aufenthaltsdauer. Es zeigte sich, dass fast drei Viertel der TZ-Benutzer zu den psychotischen, meist chronifizierten Patienten gehörten.

Im Mittelpunkt der Untersuchungen standen die Zuweiseranliegen, welche sich auf folgende vier Hauptpunkte konzentrierten:

- Tagesstruktur und Wiedereingliederung nach Klinikaufenthalt
- Rehabilitationshilfe nach Stellenverlust oder gescheitertem Arbeitsversuch
- Krisenüberbrückung
- Kontaktmöglichkeit bei isolierten Patienten

"Ersatztagesstruktur während der Warte- oder Ferienzeit" und "Tagesstruktur bei Nachtklinikpatienten" waren zwei weitere, weniger häufige Zuweiseranliegen.

Von allen Zuweiseranliegen konnte die Hälfte ganz, ein Sechstel teilweise und ein Drittel nicht erfüllt werden. Es wird auf die spezifische Problematik der TZ-Benutzer mit dem jeweiligen Zuweiseranliegen sowie den entsprechenden Leistungen des TZ unter Einbezug von Literatur eingegangen.

Drei exemplarische Kasuistiken mit den Hauptanliegen Wiedereingliederung nach Stellenverlust, Krisenüberbrückung und Tagesstruktur nach Klinikaufenthalt werden geschildert und die Bedeutung des TZ bei den drei Fällen dargelegt.

Neun teilstationäre Zürcher Einrichtungen, deren Angebot sich teilweise mit dem des TZ's überschneidet, werden kurz vorgestellt.

In der Diskussion wird das soziotherapeutische Konzept des Zürcher TZ geschildert und mit Literatur über britische teilstationäre Einrichtungen und ihren Konzepten verglichen. Dann werden die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung, nämlich Häufigkeit und Erfüllung der Hauptzuweiseranliegen diskutiert.

Die unterdurchschnittlichen Resultate bei den Patienten, die zur Ueberbrückung einer akuten psychotischen Krise zugewiesen wurden (bei zwei Drittel der Fälle wurde das Zuweiseranliegen nicht erfüllt), sowie die ebenfalls unbefriedigenden Resultate bei invalidisierten chronischen Patienten mit geringer Spannungstoleranz, die vor allem wegen ihrer Vereinsamung ins TZ kamen, legen den Schluss nahe, dass das TZ für diese Patienten wenig geeignet ist. Bei allen anderen Zuweiseranliegen konnten befriedigende oder gute Ergebnisse erzielt werden.

LITERATURVERZEICHNIS

BADER A.: Zwischen Wahn und Wirklichkeit. Bucher, Frankfurt/M 1976.

BENNETT D.H.: The Day Hospital, in: Petrilowitsch N. (Ed.): Social Psychiatry. Karger, Basel 1969.

BENNETT D.H.: Die Bedeutung der Arbeit für die psychiatrische Rehabilitation, in: Cranach M. (Hrsg.): Sozialpsychiatrische Texte. Springer, Berlin 1972.

BENNETT D.H.: Day Hospitals, Day Centers and Workshops, in: Wing J.K. (Hrsg.): Evaluating a Community. Psychiatric Service, London 1972.

BENNETT D. H.: Vocational Aspects of Rehabilitation, in: Wing J.K. (Hrsg.): Rehabilitation of Patients with Schizophrenia and with Depression. Huber, Bern 1981.

BERNE E.: Spiele der Erwachsenen. Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg 1970.

BOSCH G.: Entwicklung und Stand der tagesklinischen Behandlung in der BRD, in: Bosch G. (Hrsg.): Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung. Rheinland, Köln 1983.

CIOMPI L., AGUE C., DAUWALDER J.-P.: Ein Forschungsprogramm über die Rehabilitation psychisch Kranker I - IV. Nervenarzt, 1977, 48, S. 12-18, 1978, 49, S. 332-338, 1979, 50, S. 366-378, 1984, 55, S. 257-264.

DICK P., CAMERON L., COHEN D., BARLOW M., INCE A.: Day and Full Time Psychiatric Treatment, a Controlled Comparison. British Journal of Psychiatry 1985 (1), 147, S. 257-264.

DICK P. INCE A., BARLOW M.: Day Treatment, Suitability and Referral Procedure. British Journal of Psychiatry 1985 (2), 147, S. 250-253.

DOERNER K.: Gemeindepsychiatrie. Kohlhammer, Stuttgart 1979.

DOERNER K., PLOG U.: Irren ist menschlich. Psychiatrieverlag, Hannover 1983.

EDWARDS C., CARTER J.: Day Services for the Mentally Ill, in: Wing J.K.: Community Care for the Mentally Disabled. University press, Oxford 1979.

FINZEN A.: Die Tagesklinik, Psychiatrie als Lebensschule. Piper, München 1978.

GOFFMAN E.: Das psychiatrische Krankenhaus als "totale Institution", in: Cranach M. (Hrsg.): Sozialpsychiatrische Texte. Springer, Berlin 1972.

Jahresbericht des schweizerischen roten Kreuzes, Sektion Zürich, 1984.

Jahresbericht des Behindertenwerkes St. Jakob, Zürich, 1985.

Jahresbericht und Statuten des Vereins Werkstätte Drahtzug, Zürich, 1985.

Jahresbericht der Werkstatt Holz, Zürich, 1985.

MEIER C., SCHNEIDER D.: Rehabilitationserfolg psychisch Behinderter aus der Sicht der Betroffenen, Diplomarbeit. Psychologisches Institut, Bern 1982.

MUNDT C.: Ein tagesklinisches Beurteilungs- und Behandlungskonzept. Nervenarzt 1976, 47, S. 94-102.

NAVRATIL L.: Zwischen Wahn und Wirklichkeit. Bucher, Frankfurt/M 1976.

PFAEFFLIN E.: Beschäftigungstherapie im Akutstadium, in: Jentschura G. (Hrsg.): Beschäftigungstherapie. Thieme, Stuttgart 1974.

POERKSEN N.: Ueber Krisenintervention. Psychotherapie und medizinische Psychologie, 1970, Heft 3, S. 85-94.

POERKSEN N.: Sozialpsychiatrisch orientierte Beschäftigungstherapie, in: Jentschura G. (Hrsg.): Beschäftigungstherapie. Thieme, Stuttgart 1974.

ROTHSCHILD B.: Konzeptbeschreibung der ambulanten psychiatrischen Ergotherapiestation Rothschild. Zürich, 1982.

UCHTENHAGEN A.: Probleme der Rehabilitation bei chronischen schizophrenen Psychosen. Schweiz. Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 1973, Band 112, Heft 1, S.95 - 102.

UCHTENHAGEN A.: Die Tagesklinik als Instrument der Rehabilitation, in: Bosch G. (Hrsg.): Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung. Rheinland, Köln 1983.

UCHTENHAGEN A.: Soziotherapie und Psychotherapie - Ihr Stellenwert und ihre Kombination in der Sozialpsychiatrie. Manuskript, Zürich, 1985 (1).

UCHTENHAGEN A., RUEST T.: Der Berufsförderungskurs des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Auswertungsbericht. Manuskript, Zürich 1985 (2).

UCHTENHAGEN A.: Der Schizophrene als ambulanter Patient. Schweiz. Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 1985 (3), Band 136, Heft 1, S. 61-66.

VAUGHN CE., LEFF JP.: The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness. British Journal of Psychiatry, 1976, 129, S.125-135.

WING J.K.: Soziotherapie, Rehabilitation und Management schizophrener Patienten, in: Cranach M. (Hrsg.): Sozialpsychiatrische Texte. Springer, Berlin 1972.

WING J.K.: Recent Advances in Understanding Schizophrenia, in: Wing J. K. (Hrsg.): Rehabilitation of Patients with Schizophrenia and with Depression. Huber, Bern 1981.

ZIMMER D., UCHTENHAGEN A.: Ambulante sozialtherapeutische Gruppenarbeit mit Schizophrenen. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 1979 (1), Band 14, Heft 2.

ZIMMER D., UCHTENHAGEN A.: Sozialpsychiatrische Behandlungskombinationen im Teilstationären Bereich. Psychiatrische Praxis, 1979 (2), Band 6, Heft 2.

Zimmer D., Uchtenhagen A.: Psychopharmaka. Der informierte Arzt, 1980, 17, S. 24-30

ZIMMER D., BRUEHLMANN T., HERI A., SCHAAD A., MEYER M.: Ambulante Milieuthherapie, das Tageszentrum des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Sozialarbeit, Fachblatt des schweiz. Berufsverbandes für Sozialarbeit, 14. 2. 1982 (1), S. 18-25.

Zimmer D.: Der Arzt im Hintergrund. Der informierte Arzt, 1982 (2), 4, S. 15-19.

TZ-Evaluation

1. Anamnestische Angaben

1.1 Name Vorname, Probanden-Nr.

.....()

1.2 Geburtsjahr.....()

1.3 Geschlecht: männlich.. () weiblich....()

1.4 Zivilstand bei Aufn.: verheiratet..() ledig.....() Getrennt.....() geschieden....() verwittet....() unbekannt....()

1.5 Psych.Vorgeschichte global Pat. war noch nie hospit.() Pat. war schon hospital.() keine Angaben.....()

1.6 falls genaue Angaben zur psych. vorgeschichte:Quelle zuweis. Arzt/Therapeut..() TZ-externe KG.....() Patient.....() keine Vorgesch.angaben..()

1.7 Krankheitsdauer bis Aufn.: unter 1 Jahr.....() 1 Jahr.....() 2 Jahre.....() 3-4 Jahre.....() 5-10 Jahre.....() 11-20 Jahre.....() über 20 Jahre.....() keine Angaben.....()

1.8 Anzahl Hospitalisationen: 1.....() 2.....() 3.....() 4.....() 5 und mehr.....() keine Angaben.....()

1.9 Pat. war von SPD betreut: ja.....() nein.....() kein Angaben.....()

1.10 falls ja, wie lange bis Aufnahme in TZ:

unter 1 Jahr.....()
1 Jahr.....()
2 Jahre.....()
3-4 Jahre.....()
5-10 Jahre.....()
11-20 Jahre.....()
über 20 Jahre.....()
keine Angaben.....()

1.11 falls ja, welche SPD-Inst.:

Ambulatorium I.....()
Ambulatorium II.....()
Tagesklinik.....()
Nachtklinik Hochstrasse.()
Nachtklinik Klusstrasse.()
Wohnheim.....()
Familienpflege.....()
andere.....()
keine Angaben.....()

1.12 hat Pat. SPD-externe psycho- soziale Inst. beansprucht:

ja.....()
nein.....()
kein Angaben.....()

1.13 falls ja, welche:

Psych. Poliklinik.....()
andere ambulante Betr...()
geschützte Werkstatt....()
ambulante Ergotherapie..()
Wohnheime.....()
Therap.WGs.....()
Sozialamt.....()
andere:.....()
keine genauen Angaben...()

2. Zuweisungssituation

2.1 Zuweisende Instanz:

SPD: Ambi I.....()
Ambi II.....()
Tagesklinik.....()
Nachtkl. Hochstr....()
Nachtkl. Klusstr....()
andere..()
Bli.....()
Psych Pol.....()
Klinik Hard.....()
andere Klinik..()
Sozialamt.....()
Vormundschaftsbehörde...()
geschützte Werkstatt....()
privater Arzt.....()
Pat. selbst.....()
andere:.....()
keine Angaben.....()

2.2 Therapeutische Betreuung
bei Zuweisung:

SPD-Arzt.....()
-Sozialarbeiter.....()
-Schwester/Pfleger..()

Arzt anderer Inst.....()
Therapeut anderer Inst.()
Sozialarbeiter and.Inst()
Schwester/Pfleg.and Inst()
Privater Therapeut.....()
Privater Arzt.....()
andere.....()
keine Betreuung.....()
keine Angaben.....()

2.3 Pat. wird zum 1.x aufg.()
Pat. wird zum 2.x aufg.()
Pat. wird zum 3.x aufg.()
mehr als 3.x aufg.....()

2.4 Räumliche Wohnsituation
bei Zuweisung:

bei Eltern/teil.....()
Zimmer/Untermiete.....()
Wohnung gemietet.....()
Haus gemietet.....()
eigenes Haus/Wohnung... ()
Notunterkunft.....()
Wohnheim.....()
Nachtklinik.....()
dauernd andere Inst.....()
vorübergehend hospital.()
(davor siehe oben)
anderes.....()
keine Angaben.....()

2.5 Personelle Wohnsituation
bei Zuweisung:

alleine.....()
mit Partner.....()
mit eigenem Kind/er....()
mit Eltern/teil.....()
mit anderen Verwandten.()
mit Freunden (WG).....()
mit Kollegen.....()
bei Arbeitgeber.....()
dauernd in Inst.(2.4)..()
vorübergeh. in Inst....()
anderes.....()
keine Angaben.....()

2.6 Tagesstruktur vor Zuweisung

falls arbeitsfähig
Ganztagsstelle.....()
Teilzeitstelle.....()
geschützte Werkstatt... ()
Hausfrau.....()
pensioniert.....()
zur Zeit arbeitslos... ()
anderes...()
keine Angaben.....()

Berufsbezeichnung

...()
keine Angaben.....()

falls arbeitsunfähig
krank mit.Stelle... ..()
krank ohne Stelle.....()
hospitalisiert mit St. ()
hospit. ohne Stelle... ()
vollinvalid.....()
teilinvalid.....()
Tagesklinik.....()
BPK.....()
zu Hause.....()
Ergotherapie ambulant.()
anderes...()
keine Angaben.....()

2.7 Finanzielle Situation:

Arbeitslohn.....()
Nebenerwerb.....()
Eltern/Taschengeld.....()
Partner/in.....()
Ersparnisse.....()
Kredit/Schulden.....()
IV-Rente.....()
Stipendien.....()
Arbeitslosengeld.....()
Fürsorge.....()
Taggeld.....()
anderes...()
keine Angaben.....()

2.8 Diagnose:

ICD-Code.....()
Schizophrenien.....()
Man.-depressiv,endog.Dep()
Mischpsychosen.....()
Organische Psychosen... ()
Alkoholismus.....()
Toxikomanien.....()
reaktive Depressionen... ()
andere abnorme Reaktion.()
neurot. Entwicklung.....()
Psychopathien.....()
unbekannt.....()

- 2.9 Anliegen des Anmelders:
 Tagesstr. und Wiedereingliederung nach Hospit..()
 Krisenüberbrückung.....()
 Wiedereingliederung nach Stellenverlust od. gescheitertem Arbeitsversuch...()
 Tagesstruktur in Ferien od. Wartezeit auf Stelle/Therapieplatz.....()
 Tagesstr. bei NK-pat....()
 Tagesstr. und Kontaktmögl. bei sozial isol. Pat....()
 Entlastung der Angeh....()
 Abklärung Wohn/Berufsit.()
 andere...()

3. Verlaufssituation

- 3.1 Anzahl Tage zwischen Ein- und Austritt()
 Anwesende Tage....()
- 3.2 Anwesenheit Anfang/Ende:
 regelm. 1x/Wo.....() ()
 unregelm. 1x +weniger() ()
 regelm. 2-3x/Wo.....() ()
 unregelm. 2-3x/Wo....() ()
 regelm. 4-5x/Wo.....() ()
- 3.3 globale Angaben zu Verhalten/ psych. Funktionen am Anfang und Ende TZ-Aufenth.
 grob auffällig.....() ()
 leicht auffällig....() ()
 unauffällig.....() ()
 keine Angaben.....()
 gebessert.....()
 gleich.....()
 verschlechtert.....()
- 3.4 Pünktlichkeit Anfang/Ende
 kommt/geht pünktl...() ()
 kommt/geht unpünktl.() ()
 keine Angaben.....()
- 3.5 Motivation für TZ-Anf./Ende
 sehr motiviert.....() ()
 mittel motiviert....() ()
 ambivalent.....() ()
 wenig motiviert.....() ()
 nicht motiviert.....() ()
 keine Angaben.....()
- 3.6 Kontakt Anfang/Ende:
 Pat. hat Kontakt zu Team u. Mitpatienten.....() ()
 hat wenig Kontakt....() ()
 ist eher isoliert....() ()
 keine Angaben.....() ()
- 3.7 Aktivität Anfang/Ende:
 Pat. ist eher passiv() ()
 Pat. ist eher aktiv.() ()
 keine Angaben.....() ()
- 3.8 Freizeitgestaltung Anf/Ende
 sehr problematisch..() ()
 problematisch.....() ()
 unproblematisch.....() ()
 keine Angaben.....() ()
- 3.9 Vertrag mit Patient :
 Pat. hält sich daran.....()
 hält sich teilw.daran...()
 hält sich nicht daran...()
 kein Vertrag gemacht....()
 keine Angaben.....()
- 3.10 Berufliche Rehabilitation:
 Pat.bemüht sich darum...()
 bemüht sich teilw.darum.()
 bemüht sich nicht darum.()
 Berufssit. geregelt.....()
 keine Angaben.....()
- 3.11 Wohnliche Rehabilitation:
 Pat.bemüht sich darum...()
 Pat. bem. sichteilweise.()
 Pat. bemüht sich nicht..()
 Wohnsit. geregelt()
 keine Angaben.....()
- 3.12 Mitarbeiterbelastung durch Patient:
 extrem stark.....()
 stark.....()
 mittel.....()
 gering.....()
 keine Belastung.....()
 keine Angaben.....()
- 3.13 Pat hat Co-Therapeutfunkt.:
 ja.....()
 nein.....()
 keine Angaben.....()

4. Entlassungssituation

4.1 Art der Entlassung:

Gegens. Einverständnis..()
Abmeldung durch Team
-disziplinarisch.....()
-Pat. bleibt weg.....()

4.2 Therapeutische Betreuung bei Entlassung:

wie bei Eintritt (2.2)..()

neu durch

SPD-Arzt.....()
SPD=Sozialarbeiter....()
SPD-Pfleger/Schwester.()

Arzt and. Inst.....()
Therapeut and. Inst....()
Sozialarbeiter and. Inst.()
Pfleg./Schw. and. Inst.()
privater Arzt.....()
privater Therapeut....()
andere....()
keine Therap. Betr....()
keine Angaben.....()

4.3 Räumliche Wohnsituation bei Entlassung:

wie bei Eintritt (2.4)..()

neu

bei Eltern/teil.....()
Zimmer/Untermiete.....()
Wohnung gemietet.....()
Haus gemietet.....()
eigene Wohnung/Haus....()
Notunterkunft.....()
Wohnheim.....()
Nachtklinik.....()
andere Institution....()
hospitalisiert.....()
(davor siehe oben)....()
anderes..()
keine Angaben.....()

4.4 Personelle Wohnsituation bei Entlassung:

wie bei Eintritt (2.5)()

neu

alleine.....()
mit Partner/in.....()
mit eigenem Kind/er....()
mit Eltern/teil.....()
mit and. Verwandten....()
mit Freunden (WG).....()
mit Kollegen.....()
bei Arbeitgeber.....()
in Institution.....()
anderes....()
keine Angaben.....()

4.5 Tagesstruktur nach Entlassung:

wie vor Eintritt (2.6)..()

neu arbeitsfähig

Ganztagsstelle.....()
Teilzeitstelle.....()
geschützte Werkstatt..()
Hausfrau.....()
pensioniert.....()
arbeitslos.....()
anderes..()
keine Angaben.....()

neu arbeitsunfähig

krank mit Stelle.....()
krank ohne Stelle.....()
hospitalis.mit Stelle..()
hospitalis.ohne Stelle()
vollinvalid.....()
teilinvalid.....()
Tagesklinik.....()
BFK.....()
zu Hause.....()
ambulante Ergotherapie()
anderes..()
keine Angaben.....()

4.6 Finanzielle Situation nach Entlassung:

wie bei Eintritt (2.7)..()

neu

Arbeitslohn.....()
Nebenerwerb.....()
Eltern/Taschengeld....()
Partner/in.....()
Ersparnisse.....()
Kredit/Schulden.....()
IV-Rente.....()
Stipendien.....()
Arbeitslosengeld.....()
Fürsorge.....()
Taggeld.....()
anderes..()
keine Angaben.....()

4.7 Anliegen des Anmelders (ev. durch Vertrag mit Pat.ge-nauer festgelegt) ist

erfüllt worden.....()
z.T. erfüllt worden....()
nicht erfüllt worden....()
keine Angaben.....()

LEBENS LAUF

geboren: 23. Juli 1958 in Zürich

Bürgerort: Feuerthalen/ZH

Schulen: Primarschule Feuerthalen 1965-1971
Sekundarschule Feuerthalen 1971-1973
Kantonsschule Schaffhausen 1973-1978
Maturität Typus C 1978
Medizinstudium Universität Zürich 1978-1985
Staatsexamen 1985 in Zürich

Arbeit: seit 1986 Assistenzarzt an der Psychiatri-
schen Klinik Littenheid/TG

